Freie Universität Berlin
Fachbereich Medizinische Grundlagenfächer
Institut für soziale Medizin
Arbeitsgruppe Epidemiologie
Direktor: Prof. Dr. med. habil. Frank-Peter Schelp

Der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen unter Berücksichtigung sozialer und regionaler Faktoren

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Brigitte Messner
Luckenwalde

1995

LIBRARY

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549615_0016

Aus : Freie Universität Berlin
Fachbereich Medizinische Grundlagenfächer
Institut für soziale Medizin
Arbeitsgruppe Epidemiologie

Direktor: Prof. Dr. med. habil. Frank-Peter Schelp

Der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen unter Berücksichtigung sozialer und regionaler Faktoren.

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Messner, Brigitte
Luckenwalde (Geburtsort)

Referent : Prof. Dr. F.-P. Schelp

Korreferent: Prof. Dr. H. Hoffmeister

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 3. Juli 1985

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Fragestellung (Einleitung)	5
1.1	Exkurs: Anspruchsberechtigung bei der Gewährung von G.M. (Stand: 01.01.1983)	7
2.	Methode	12
2.1	Beschreibung der untersuchten Diagnosen	12
2.2	Erfassung der Angaben über die Teilnehmer an G.M.	16
2.3	Auswertungsverfahren	19
2.4	Auswertungsschritte	23
2.5	Charakterisierung der regionalen Faktoren	24
2.6	Deskription der Behandlungsarten	28
3.	Ergebnisse	30
3.1	Zusammensetzung der Teilnehmer an G.M. in den Untersuchungskollektiven der Diagnose 728 und 305	30
3.2	Regionale Unterschiede im Zugang zu und in der Nutzung von G.M.	40
3.3	Berufliche Situation und die Inanspruchnahme von G.M.	46
3.4	Gesundheitliche Belastungen und die Inanspruchnahme von G.M.	52
3.5	Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von G.M.	65
3.6	Einflußfaktoren auf die Zuweisung der Behandlungsarten während der Durchführung von G.M.	75
4.	Diskussion	81
5.	Zusammenfassung	98
6.	Schrifttumsverzeichnis	103

Seite

7. Tabellenverzeichnis 108

8. Darstellungsverzeichnis 113

9. Anlageverzeichnis 117

10. Lebenslauf 145

1. Fragestellung (Einleitung)

In der vorliegenden Arbeit geht es im wesentlichen um die Frage nach den Differenzen im Zugang zu Gesundheitsmaßnahmen, hier ganz speziell um die Gewährung von Kuren.
Im Rahmen dieser Untersuchung soll ermittelt werden, aus welchen sozialen Gruppen sich die Kurteilnehmer zusammensetzen, und ob sich Gruppen identifizieren lassen, die einen besonders leichten Zugang zu Gesundheitsmaßnahmen (im nachfolgenden G.M.) haben und somit zu den exzessiven Nutzern der Kurmaßnahmen zählen. Weiterhin soll der Frage nachgegangen werden, ob regionale Unterschiede, gemessen an differenten Wohnqualitäten (z.B. hohe Bevölkerungsdichte, Industrialisierung) für die Inanspruchnahme von Kuren eine Rolle spielen. Ferner gilt es festzustellen, ob Versicherte, die intensiveren beruflichen Belastungen ausgesetzt sind (z.B. Schichtarbeiter, Arbeitslose) überproportional zu Partizipanten an G.M. gehören. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob zusätzliche gesundheitliche Belastungen neben den Grunddiagnosen für die Teilnahme an G.M. von Bedeutung sind.

Folgende Fragen stehen im Vordergrund:

1. - Lassen sich durch die Zuweisungspraxis Hinweise darauf finden, daß G.M. von bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders häufig wahrgenommen werden? Welche Bevölkerungsgruppen zählen zu den exzessiven Nutzern von Kuren? Ergeben sich Anzeichen dafür, daß Maßnahmen für diesen Personenkreis eher die Funktion eines 2. Erholungsaufenthaltes erfüllen?

   - Wie sind regionale Faktoren für die Inanspruchnahme von G.M. einzuschätzen? Determinieren beispielsweise ungünstige Wohnqualitäten, wie sie in industriebelasteten Bundesländern, den Stadtstaaten und den Großstädten vorliegen, mit den Zugang zu Gesundheitsmaßnahmen?

   - Stehen Belastungen, wie sie am Arbeitsplatz und in der Familie vorhanden sein können und zur Kumulation von Problemsituationen führen, mit der Inanspruchnahme von G.M. im Zusammenhang?

2. - Können andererseits Bevölkerungsgruppen gefunden werden, für die sich der Zugang zu Kurmaßnahmen schwerer gestaltet?

   - Welche Gruppen unter den Partizipanten an G.M. lassen sich identifizieren, für die offensichtlich Barrieren im Zugang zu Kuren bestehen?

Zusätzlich ergeben sich folgende Fragen:

- Besteht zwischen den regionalen Wohnqualitäten (Bundesland, Ortsgröße, regionaler Bereich) dem Zugang sowie der Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M. ein Zusammenhang?
- Besteht eine Beziehung zwischen dem Alter, dem Geschlecht, dem Familienstand und der Anzahl der im Haushalt betreuten Personen und dem Zugang sowie der Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M.?
- Besteht zwischen dem Beschäftigungsverhältnis, der Arbeit der Antragstellung und der Arbeitsunfähigkeitsdauer und dem Zugang sowie der Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M. eine Beziehung?
- Besteht eine Beziehung zwischen dem Zugang sowie der Inanspruchnahmehäufigkeit von G.M. und einer Häufung von Beschwerden neben den Grunddiagnosen?

Am Rande wird auch der Frage nachgegangen, ob neben der medizinischen Indikation auch andere Faktoren (demographische, regionale, soziale, Volkskrankheiten, Begleitbeschwerden und das Gesundheitsverhalten) die Wahl der Behandlungsart während der G.M. beeinflussen.

Diese Problemstellung soll in dieser Studie gezielt an zwei Diagnosegruppen überprüft werden, und zwar an der
Diagnosegruppe 728 - schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome (ohne adäquate degenerative Veränderungen)
und an der
Diagnosegruppe 305 - körperliche Störungen vermutlich psychogenen Ursprungs (psychovegetatives Syndrom und andere funktionelle Störungen)

Dieser Frage speziell an diesen beiden Diagnosen nachzugehen, bot sich deshalb an, da der Anteil an Partizipanten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (im nachfolgenden BfA) mit Erkrankungen psychosomatischen Charakters außerordentlich groß ist und zum anderen, weil die Gewährung von Maßnahmen dieser Erkrankungen wegen in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat.

Anhand der vorliegenden Resultate wird man dann auch der weitverbreiteten Meinung näher kommen, ob Kuren lediglich die Bedeutung eines zusätzlichen Erholungsaufenthaltes erfüllen.

Im wesentlichen ist diese Arbeit eine Deskription der sozialen und regionalen Faktoren einer repräsentativen Zufallsstichprobe aus dem Kollektiv der Versichertengemeinschaft der BfA der Jahre 1976, 1977 und 1978 der beiden zu untersuchenden Diagnosegruppen.

1.1 Exkurs: Anspruchsberechtigung bei der Gewährung von G.M. (Stand: 01.01.1983)

Die Anfänge der Sozialversicherung liegen in den 80er Jahren des 19. Jhrh. Durch die kaiserliche Botschaft Wilhelm I. wurde 1881 der Aufbau der Arbeiterversicherung eingeleitet. Es folgte die Verabschiedung des Krankenversicherungsgesetzes 1883, des Unfallgesetzes 1889. Damit waren die Hauptzweige der ersten gesetzlichen Sozialversicherung der Welt geschaffen. (SCHLÖGELL, 1981)

Mit der Reichsversicherungsordnung vom 09.07.1911 wurden die sozialen Versicherungen allseits und umfassend geordnet; sie stellt seitdem das grundlegende Gesetz für die Sozialversicherung dar.

Das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz hatte schon Angestellte in die Versicherungspflicht einbezogen. Der Berufsverband der Angestellten forderte jedoch eine unabhängige und selbständige Angestelltenversicherung mit eigenem Versicherungsträger. Am 01.01.1913 trat das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20.12.1911 in Kraft, so daß nunmehr für Arbeiter und Angestellte unterschiedliche Versicherungsträger zuständig wurden.

In der Rentenversicherung der Angestellten werden alle Personen versichert, die als Angestellte gegen Entgelt oder als

Lehrling oder sonst zu ihrer Ausbildung für den Beruf eines Angestellten beschäftigt sind. (SGB / AVG, 1980) [1]

Man unterscheidet zwei Arten der Versicherung:

- als Pflichtversicherter
- oder als freiwillig Versicherter

Die Pflichtversicherung, gesetzlich angeordnet, ist eine Zwangsversicherung, der sich kein Angestellter entziehen kann. Allein Selbständigen ist die Pflichtversicherung freigestellt.

Als Versicherter mit Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation gilt,

1. wer im Zeitpunkt der Antragstellung in den vorausgegangenen 24 Kalendermonaten mindestens für 6 Kalendermonate Beiträge aufgrund einer versicherungsrechtlichen Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet hat;
2. wer im Zeitpunkt der Antragstellung versicherungspflichtig beschäftigt oder tätig ist und die Beschäftigung oder Tätigkeit innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung seiner Schul- oder Berufsausbildung aufgenommen hat;
3. wer im Zeitpunkt der Antragstellung
   a) eine Versicherungszeit von 180 Kalendermonaten zurückgelegt hat oder
   b) eine Versicherungszeit von 60 Kalendermonaten zurückgelegt hat, wenn Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder in absehbarer Zeit zu befürchten ist.

Als Versicherter gilt nicht, wer in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder in einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen steht oder Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-

---

1) Die Zahl der Versicherten betrug Ende des Jahres 1978 12.6 Mill. (GESCHÄFTSBERICHT DER BFA 1978, S. 9), etwa 9.850 Mill. waren pflichtversichert, 450.000 freiwillig und ca. 2.300 Mill. latent versichert (VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER, 1980).

rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen erhält.

Leistungen zur Rehabilitation können gewährt werden

- auf Antrag
- von Amts wegen (z.B. bei Zustand nach Herzinfarkt)

Eine medizinische Maßnahme zur Rehabilitation soll nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Gewährung einer solchen oder einer ähnlichen Maßnahme, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt wurde, erbracht werden, es sei denn, eine vorzeitige Gewährung ist aus dringender medizinischer Indikation erforderlich. Dringende gesundheitliche Gründe sind dann anzunehmen, wenn diese Maßnahme unaufschiebbar ist, d.h. wenn ohne diese mit gesundheitlichen Nachteilen zu rechnen ist. (REHABILITATION IN DER RENTENVERSICHERUNG, 1978)[1)]

Dem Antrag auf Maßnahmen sollte eine Bescheinigung des behandelnden Arztes beigefügt sein, die die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme attestiert. Von BfA-eigenen Gutachtern wird ein ärztliches Gutachten erstellt. Aufgrund der vorliegenden Gesundheitsstörungen und deren Schweregrad wird durch den beratungsärztlichen Dienst der BfA die Kurgenehmigung für eine adäquate Rehabilitationsstätte erteilt.

---

1) Am 01.01.1982 traten folgende Gesetzesänderungen im Bereich der Rehabilitation der Rentenversicherungsträger in Kraft: Maßnahmen werden nicht mehr zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit gewährt, sondern nur noch bei erheblicher Gefährdung derselben. Seit dem gleichen Datum gilt grundsätzlich die Dreijahresfrist für Wiederholungsmaßnahmen. Für Versicherte, die das 59. Lebensjahr vollendet haben, können Maßnahmen nur dann erbracht werden, wenn sie bereits berufs- und erwerbsunfähig sind, oder dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist. (BELUSA, 1982)
Mit Wirkung vom 01.01.1983 trifft dies für Versicherte nach Vollendung des 63. Lebensjahres zu. Kurteilnehmer haben sich seit dem 01.01.1983 grundsätzlich an den Aufwendungen der stat. Heilbehandlung mit einer Zahlung von 10,-- DM täglich zu beteiligen. Ist diese Maßnahme einer Krankenhausbehandlung vergleichbar oder schließt sich an diese ergänzend an, wird der Versicherte mit 5,-- DM (14 Tage) belastet. (PAULI, 1983)

Die BfA klärt die versicherte Bevölkerung über die Möglichkeiten der Rehabilitation auf. Für eine umfassende Beratung stehen den Versicherten Auskunfts- und Beratungsstellen zur Verfügung. (A- und B-Stellen; Übersicht der A- und B-Stellen in der Anlage 1)
Versuchsweise wurden zunächst Auskunfts- und Beratungsstellen im März 1959 in Hamburg und in Münster/Westf. eingerichtet. (SCHREYER, 1978) Den Versicherten stehen heute in 29 Städten A- und B-Stellen zur Verfügung. Die Wahl der Orte erfolgte nach der Versichertendichte und nach wirtschaftlichen Schwerpunkten. Somit wird nicht nur Versicherten aus Berlin, wo sich der Amtssitz der BfA befindet, ein individueller Beratungsdienst zuteil.

In den Jahren 1976 wurden insgesamt 266.494 Geundheitsmaßnahmen wegen allgemeiner Erkrankungen durchgeführt. 1977 - 267.919 und 1978 - 320.053. (GESCHÄFTSBERICHT DER BfA 1978, S. 48)

1956 führte die BfA rund 70.000 stationäre Maßnahmen durch; im Jahre 1963, also 10 Jahre nach Errichtung der BfA, war diese Zahl auf rund 178.000 gestiegen. Das Jahr 1975 brachte mit 350.000 durchgeführten Maßnahmen den bisherigen Höchststand im Bereich der stationären Gesundheitsmaßnahmen wegen allgemeiner Erkrankungen. Nach dem Einbruch der wirtschaftlichen Rezession, die sich erst ab April 1975 auswirkte, fand diese Entwicklung ein Ende. Seither ging die Antragszahl zurück und stagnierte im Jahr 1977. Zum einen ist der Grund in der Sorge der Versicherten um den Verlust des Arbeitsplatzes zu sehen, zum anderen in den einschränkenden Vorschriften des 20. RAG. (KUGLER, 1978)

Der seit Jahren beobachtete Anstieg weiblicher Teilnehmer an der Gesamtzahl von Gesundheitsmaßnahmen wegen allgemeiner Erkrankungen war auch in den Jahren 1976, 1977 und 1978 zu beobachten.

1976 führten 46.1 % Männer Maßnahmen durch gegenüber 53.9 % Frauen
1977 waren es 45.% Männer und
54.6 % Frauen

1978 machten männliche Kurteilnehmer 44.1 % aus und die weiblichen Kurteilnehmer 55.9 %.

Die Erkrankungen der Bewegungsorgane sind die häufigste Ursache für die Gewährung von Maßnahmen wegen allgemeiner Erkrankungen; ca. ein Drittel der Kurteilnehmer (34.6 %) nutzten Maßnahmen dieses Beschwerdekomplexes wegen.
Der Anteil der Gruppe der psychischen Erkrankungen, zusammengesetzt aus den Einzelgruppen psychovegetativer Leiden, psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems, stieg 1978 auf 22.5 % (1977 - 21.6 %); auf die psychovegetativen Leiden entfielen allein 17.5 % im Jahr 1978.

2. Methode

2.1 Beschreibung der untersuchten Diagnosen[1)]

Zur Überprüfung der Frage nach den Differenzen im Zugang und in der Inanspruchnahme von G.M. wurden die Diagnosen 305 und 728 ausgewählt, aufgrund der Tatsache, daß die Gewährung von Kuren dieser Diagnosegruppen wegen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.

1. Diagnose 305 - körperliche Störungen vermutlich psychogenen Ursprungs (Psychovegetatives Syndrom und andere funktionelle Störungen)

Unter dieser Gruppe versteht man eine Reihe von Gesundheitsstörungen, bei denen verschiedene in Charakter oder Intensität wechselnde, nicht auf organische Organveränderungen beruhende Symptome das Befinden dauernd oder zeitweise beeinträchtigen. (UEXKÜLL, 1979)

Nach Bräutigam ist es ein körperlich zentriertes Beschwerdebild, das keine krankhaften organischen Ursachen oder Korrelate hat, sich aber auf psychosoziale Belastungen oder/und innere Konfliktsituationen zurückführen läßt.
Auffällig ist eine Vielgestaltigkeit und eine große Vielzahl von geklagten Beschwerden, wie man sie kaum bei anderen

---

1) Die Verschlüsselung von Haupt- und Nebenleiden richtet sich seit dem Jahre 1960 nach dem Deutschen Verzeichnis der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, das wiederum der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) angepaßt ist. Die deutsche gesetzliche Rentenversicherung hat ab 1. Januar 1968 das überarbeitete Verzeichnis (sog. 8. Revision von 1967) eingeführt und ab 1. Januar 1973 geringfügige Änderungen des Schlüssels vorgenommen. Anlaß dazu waren die Erfahrungen, die die deutsche Rentenversicherung in der Zeit ab 1968 mit dem bisherigen Schlüssel gemacht hatte. Die Änderungen beschränken sich auf redaktionelle Änderungen, Verbesserungen durch erläuternde Klammerzusätze, Zusammenfassung von ICD-Schlüsselzahlen sowie Neubesetzung bzw. Wegfall von ICD-Schlüsselzahlen. (VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER, 1979)

Krankheitsbildern antrifft. Das Beschwerdebild ist insgesamt schwer abgrenzbar und bietet gewöhnlich eine unscharfe und austauschbare Symptomatik. Die Symptome reichen von relativ genau lokalisierten Beschwerden, Kreuz- und Rückenschmerzen, bis hin zu vagen Gefühlen des Bedrücktseins. Diese gehen oft ohne feste Grenzen in rein seelisch empfundene Spannungszustände wie Angst, Unruhe und Unlust über. Diese Krankheitsbilder werden auch als funktionelle Syndrome bezeichnet. Dieser Terminus deutet an, daß die somatischen Symptome für den Patienten eine "Funktion" haben, d.h., daß sie für ihn nicht sinnlos sind, sondern eine Aufgabe erfüllen, die dem Patienten zwar nicht bewußt ist. (UEXKÜLL, 1979) Die Altersverteilung dieser Krankheitsgruppe zeigt in allen Statistiken, daß das zweite und dritte Lebensjahrzehnt bevorzugt ist, und daß jenseits des 40. Lebensjahres - wenn man von den klimakterischen Störungen der Frau absieht, die wahrscheinlich auch in dieses Gebiet hineingehören - diese Syndrome nur noch selten sind. Das Verhältnis von männlich zu weiblich beträgt nach Delius 1.5 : 2.0 (JORES, 1973).

Als Ursachen sind mehrere Faktoren im Spiel: Es wird unterschieden zwischen konstitutionellen, disponierenden (im Verlauf der Entwicklung erworbene) und auslösenden Faktoren, die gemeinsam das multifaktorielle Wurzelgeflecht einer Erkrankung bilden. (BRÄUTIGAM, CHRISTIAN, 1975) Über genetische Faktoren kann nichts Sicheres ausgesagt werden. Über disponierende Momente gibt es eine Reihe gut belegter Untersuchungen, die für pathogene zwischenmenschliche Beziehungen in der Kindheit sprechen.

Einheitliche Persönlichkeitsstrukturen lassen sich nicht finden; offenbar können bei entsprechender Belastung alle Menschen ein funktionelles Syndrom entwickeln. Häufig findet man Unsicherheit, Kontaktschwierigkeiten als Ausdruck einer Störung des Selbstwerterlebens. Als Kompensation besteht ein extremes Bemühen, durch Leistung Zuneigung und Anerkennung zu erwerben.
Als auslösende Faktoren werden immer wieder Belastungen

oder Verlusterlebnisse beschrieben; Belastungen in der gegenwärtigen Lebenssituation, Konflikte in der Familie, in der Ehe und am Arbeitsplatz müssen dazukommen, damit es zu einer Symptombildung kommt. Erst unter aktuellen psychosozialen Belastungen werden sie zu einem Symptom, das zu einem körperlichen Kranksein führt. Hinzu kommt, daß körperliches Kranksein von der Gesellschaft sehr viel höher bewertet wird; ihm kommt Entlastungs- und Abfuhrcharakter zu und stellt einen sehr viel stärkeren Appell an Zuwendung durch andere Menschen dar.

2. Diagnose 728 - Schmerzhafte Wirbelkörper-Syndrome (ohne adäquate degenerative Veränderungen)

Die Wirbelsäule ist das Hauptorgan, das die Haltung eines Menschen bestimmt. Ängste, die sich als körperliche Symptome des Bewegungsapparates manifestieren, tauchen in den verschiedensten Bezeichnungen auf, z.B. Myalgie, Hexenschuß. Synonym werden Begriffe wie extraartikulärer Rheumatismus, psychogener Rheumatismus, Fibrositis-Syndrom, "low back pain", stiff shoulder" benutzt. Prädilektionsstellen sind HWS- und LWS-Bereich.

Charakteristisch ist, daß die Beschwerden häufig während der Freizeit, bei Ablenkung und in den Ferien verschwinden. Bei genauer Analyse lassen sich oft Zusammenhänge zwischen dem Beginn der Beschwerden und psychischen Belastungen aufdecken; häufige Begleiterscheinungen sind psychoregulative Syndrome, verstärkter Dermographismus, funktionelle Magen-, Darm- und Herzbeschwerden.
Auffällig ist, daß das höhere Alter, in dem die röntgenologisch nachweisbaren Veränderungen z.B. an der HWS oft sehr viel eindeutiger sind als in jüngeren Jahren, von der Erkrankung meist verschont bleibt, und weiter, daß das weibliche Geschlecht sehr viel häufiger erkrankt als das männliche. (JORES, 1973)
Die LWS-Beschwerden werden vor allen Dingen bei Frauen beschrieben, die eine große familiäre oder berufliche Belastung durchzustehen haben. Aber sie werden auch bei Personen ge-

funden, die ihren Widerstand aufgegeben haben, von der Last des täglichen Lebens erdrückt sind, der sie sich nicht mehr gewachsen fühlen. Auffallend ist eine Therapieresistenz, häufiger Arztwechsel, eine Logorrhoe und eine aggressive Haltung. Der vom Leben geforderte Prozeß der Anpassung an Neues und das Sichlösen vom Alten wird bei diesen Personen schwer bewältigt; es ist ein Konflikt zwischen Hergeben und Festhalten, zwischen Neigung und Pflicht.

Die Aggression - Versuch einer Bewältigung diffuser Angst vor schlecht faßbarer Bedrohung - kann auch einen Versuch darstellen, den Konflikt durch Aggression gegen sich selbst zu lösen. Es wird beschrieben, daß Menschen mit Verspannungen der Rückenmuskulatur oft sehr verschlossen seien und unfähig sind, ihre psychischen Probleme zu verbalisieren. (JORES, 1973)

Eine gezielte Untersuchung für die Gewährung von Kuren speziell an diesen beiden Diagnosegruppen vorzunehmen, bot sich deshalb an, weil der Anteil von Versicherten mit Erkrankungen psychosomatischen Charakters besonders hoch ist, und die Befürwortung von G.M. dieser Erkrankungen wegen in den letzten 10 Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Noch häufiger allerdings werden diese Diagnosen als Nebenbefunde in Entlassungsberichten nach durchgeführten Maßnahmen angegeben. Da die Beschwerdesymptomatik der zu untersuchenden Diagnosen, insbesondere die der Diagnose 305, unscharf und wenig faßbar ist, kann leicht der Vorwurf laut werden, daß sich jeder hinter funktionellen Beschwerden verbergen könne, der eine Kur wahrnehmen möchte, obwohl eine Kurbedürftigkeit nicht eindeutig vorliegt. Aus diesem Grunde besteht die Gefahr, daß bei diesen Diagnosen die Auswahlkriterien für die Empfehlung zu Kuren strenger gesetzt und hier Abstriche für die Vermittlung von Maßnahmen gemacht werden.
Patienten mit derartigen Beschwerden durchlaufen häufig aufwendige ambulante oder stationäre Untersuchungsprogramme, ohne daß gravierende organpathologische Befunde erhoben werden können, da die Ausprägung der Befindlichkeitsstörungen in einer "tieferliegenden Not" (Enttäuschungen und Kränkungen im Alltag) begründet ist. Angesichts dieser Beschwerdesymptomatik wären Kurmaß-

nahmen vermutlich von weitaus größerer Rentabilität. Ärzte in den Kurkliniken werden mit der psychosozialen Problematik der Kurteilnehmer im allgemeinen direkt konfrontiert, und können durch den Einsatz gezielter Therapieprogramme die Ursachenkomplexe der Beschwerden angehen. Dadurch würden sich aufwendige Untersuchungsmethoden weitgehend erübrigen.

Aus der Unspezifität der Symptomatik der zu untersuchenden Diagnosegruppen ergibt sich auch die Frage nach begleitenden Erkrankungen, die mit für die Gewährung von Kuren sprechen könnten. Aufgrund dieser Überlegung sollten ebenso zusätzliche Belastungen berücksichtigt werden, die im Sinne der zu untersuchenden Diagnosen zum Auslöser von Befindlichkeitsstörungen führen könnten, und so zu einer intensiveren Nutzung von Gesundheitsmaßnahmen beitragen könnten. Sicherlich müssen in diesen Diagnosegruppen mannigfaltige Kriterien gewürdigt werden, die eine "Erholung" notwendig machen.

2.2 Erfassung der Angaben über die Teilnehmer an G.M.

Für die Auswertung wurden die in der Rehabilitationsakte erfaßten Angaben genutzt.

Die Rehabilitationsakte der BfA setzt sich aus einem Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation, einem von der BfA erstellten roten Selbstauskunftsbogen, einem ärztlichen Gutachten, einem hausärztlichen Attest und einem Entlassungsbericht (nach durchgeführten Maßnahmen) zusammen. Jede Akte ist gekennzeichnet durch eine Versicherungsnummer (VSNR) und durch ein Bearbeitskennzeichen (BKZ).
Die beiden ersten Zahlen der Versicherungsnummer geben Auskunft über die Zugehörigkeit zum jeweiligen Rentenversicherungsträger. Die BfA-Versicherungsnummer ergibt sich aus der Zahl 40 in Addition mit der entsprechenden LVA-Bereichsnummer, die die Zahlen 10 - 29 umfaßt. Dieses Versicherungsnummernsystem der BfA ist aus der Entstehungsgeschichte der Sozialversicherung zu erklären.

Hat ein Versicherter bereits die Nummer eines anderen Versicherungsträgers erhalten, so wird diese bei der Übernahme zur BfA beibehalten. (Übersicht der Bereichsnummern der Rentenversicherungsträger in der Anlage 2) An diese beiden Zahlen schließt sich das Geburtsdatum an, das mit Nullen auf zwei Stellen aufgefüllt wird; darauf folgt der Anfangsbuchstabe der Zunamens, bei Frauen der Anfangsbuchstabe des Geburtsnamens. Die nachfolgenden drei Zahlen kennzeichnen das Geschlecht:

0 - 499 Männer
500 - 999 Frauen

Aus der vierstelligen BKZ-Nr. ist die jeweilige Bearbeitungsrate abzulesen.

Um überhaupt Gesundheitsmaßnahmen durchführen zu können, muß primär ein Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation gestellt werden. Dieses Antragsformular (in der Anlage 3) umfaßt insgesamt 12 Punkte; es enthält Angaben zur Person, zu den Versicherungszeiten, zu evtl. schon bezogenen Renten oder Versorgungsbezügen, Angaben über bereits durchgeführte Gesundheitsmaßnahmen, eine Bestätigung des derzeitigen Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber (in diesem Zusammenhang wichtig für die Aufteilung Angestellte außerhalb des öff. Dienstes und Angestellte im öff. Dienst) und von der Krankenkasse bescheinigte Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Vom Versicherten selbst ist der rote Selbstauskunftsbogen auszufüllen (in der Anlage 4), der über durchgemachte Erkrankungen, jetzige Beschwerden, ärztliche Therapiemaßnahmen, bereits früher durchgeführte Kurmaßnahmen und deren Kurerfolg, sowie über Alkohol- und Nikotinkonsum und Psychopharmakagebrauch Auskunft gibt.

Die ärztliche Beurteilung, ob eine Indikation zu Gesundheitsmaßnahmen vorliegt, wird durch einen BfA-eigenen Gutachter festgestellt. (Anforderungsformular zur Gutachtenerstellung in der Anlage 5) Seine Untersuchungsergebnisse zur Kurindikation werden in einem Gutachten beschrieben, das insgesamt 15 Punkte enthält. (Gutachten in der Anlage 6) Das Gutachten enthält die

wichtigsten anamnestischen Daten, die z.Zt. bestehenden Beschwerden, wie auch die verabreichte Medikation. Die vom Gutachter erstellte Hauptdiagnose, die den Beschwerden des Versicherten entspricht, mit dem dazugehörigenden Schweregrad entscheidet über die Rehabilitationsstätte, in dem die Kurmaßnahmen durchzuführen sind. Im Punkt 4 des Gutachtens beurteilt der Gutachter, ob eine Maßnahme überhaupt indiziert ist, ob sie vordringlich zu absolvieren ist, ob eine ambulante Behandlung oder etwa ein Erholungsaufenthalt ausreichend ist, oder ob zunächst eine stationäre Behandlung (Krankenhausbehandlung) vorrangig ist.

Angaben zu Behinderungen enthält der Punkt 5 (Gehbehinderung, Erblindung, cerebrales Anfallsleiden, Wehr/Dienstbeschädigung, Berufskrankheit/Arbeitsunfall).

Die Angaben des körperlichen Untersuchungsbefundes werden in den folgenden Rubriken vermerkt, mit Aussagen zum Gesamteindruck, zum Ernährungszustand, zu den Blutdruckmeßwerten und zu den psychischen Störungen unter Punkt 13.

Dem Antrag auf medizinische Leistungen liegt im allgemeinen ein hausärztliches Attest bei, das die Notwendigkeit von Kurmaßnahmen unterstreicht.

Ferner enthält die Akte einen Entlassungsbericht, der nach vierwöchiger Dauer der Kurbehandlung erstellt wird (aus medizinischer Indikation kann auch eine Verlängerung der Maßnahme notwendig werden). Er umfaßt die Informationen über verabreichte Behandlungsprogramme, medikamentöse Therapien und den Kurverlauf ganz allgemein. Was die Risikofaktoren anbelangt (Übergewichtigkeit, Alkohol- und Nikotinkonsum) werden Auflagen für eine gesundheitsbewußte Lebensweise erteilt und Behandlungsvorschläge an den behandelnden Arzt gegeben.

Abschließend erfolgt die sozialmedizinische Beurteilung, d.h. es wird beurteilt, in welchem Umfang der Versicherte in seinem derzeitigen Beruf weiterhin einsatzfähig ist.

Die sozialmedizinische Beurteilung wird unterteilt in:

- arbeitsfähig - arbeitsunfähig
- vollschichtig leistungsfähig
- vollschichtig bis zu 6 Stunden
- halbschichtig bis zu 4 Stunden
- zweistündig bis unter halbschichtig
- weniger als 2 Stunden bzw. keine
  (Entlassungsbericht in der Anlage 7)

Die beschriebenen Unterlagen, der Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen, der rote Selbstauskunftsbogen, das Gutachten der BfA, das Attest des Hausarztes und der Entlassungsbericht, dienten als Informationsquelle von Daten für die Bearbeitung. Das Problem der Datengewinnung ergab sich aus der unzureichenden Ausfüllung der Unterlagen, die eine Reduktion der Informationen bewirkte.
Es konnten nur solche Angaben berücksichtigt werden, die hinsichtlich der Themenstellung beziehungsvoll und aussagekräftig genug erschienen; atypische und neutrale Angaben blieben für die weitere Bearbeitung unberücksichtigt.

2.3 Auswertungsverfahren

Als Auswertungsmaterial wurden die Rehabilitationsakten der Jahre 1976, 1977 und 1978 zugrunde gelegt, von Partizipanten, die wegen der

Diagnose 728 - schmerzhafte Wirbelkörper-Syndrome (ohne adäquate degenerative Veränderungen)

und wegen der

Diagnose 305 - körperliche Störungen - vermutlich psychogenen Ursprungs (psychovegetatives Syndrom und andere funktionelle Störungen)

Gesundheitsmaßnahmen in Anspruch genommen hatten.

Da die Anzahl der Teilnehmer mit diesen Diagnosen weit über 150.000 Fällen lag, mußte zur Aufwandsreduzierung ein sinnvolles Auswahlverfahren entwickelt werden.

In den Jahren 1976 - 1978 wurden wegen der Diagnosen 728 und 305 Gesundheitsmaßnahmen gewährt:

	insgesamt	Männer	Frauen
1976	79.395	30.154	49.241
1977	86.620	32.674	53.946
1978	82.943	30.421	52.522

Der Stichprobenberechnung lagen folgende Kriterien zugrunde:

1. Berufsgruppe (6 Untergruppen)

a) nicht erwerbstätig
b) in Ausbildung
c) Angestellter/Angestellte im öffentl. Dienst
d) leitender Angestellter
e) Selbständiger
f) Hausfrau

2. Art der Tätigkeit (4 Untergruppen)

a) ganztägig
b) ganztägig mit Wechsel/Nachtschicht
c) halbtags
d) arbeitslos

3. Familienstand (8 Untergruppen)

a) ledig mit Kind
b) ledig ohne Kind
c) verheiratet ohne Kind
d) verheiratet mit Kind
e) geschieden mit Kind
f) geschieden ohne Kind
g) verwitwet mit Kind
h) verwitwet ohne Kind

4. Wohnregion (3 Untergruppen)

a) Stadt
b) Vorstadt (Suburban)
c) Land

Die Untergruppen wurden so sinnvoll miteinander kombiniert, daß sich 312 relevante Kombinationsmöglichkeiten ergaben. Der Stichprobenumfang ergab sich aus einer Multiplikation der 312 Kombinationen mit einer vorgegebenen Zahl von 30 Akten.
Die Stichprobe wurde in Form einer geschichteten Zufallsstichprobe ermittelt, d.h. aus jeder Schicht wurden zufällig Stichprobeneinheiten ausgewählt, wobei die Stichprobenanteile je Schicht proportional den Verhältnissen in der Grundgesamtheit entsprachen.
Dadurch erhielten wir in der Stichprobe eine der Grundgesamtheit repräsentative Verteilung, wobei die Grundgesamtheit definiert ist als Anzahl der Rehabilitanden der Entlassungsjahre 1976, 1977 und 1978 - 248.958 Versicherte.
Die Stichprobe wurde durch das Ausdrucken der Aktenzeichen und der Versicherungsnummern erstellt, wobei also der gezielte Zugriff über eine Auswertung personenbezogener Daten erfolgte.
Der Stichprobenumfang von 9360 Akten verteilte sich auf die zu untersuchenden Jahre wie folgt:

1976 - 2985 Akten
1977 - 3258 Akten
1978 - 3119 Akten

Diagnose 728	insgesamt	Männer	Frauen
1976	1362	472	891
1977	1513	557	956
1978	1567	543	1024

Diagnose 305	insgesamt	Männer	Frauen
1976	1029	425	604
1977	1105	449	656
1978	1248	492	756

Insgesamt konnten 7824 Akten ausgewertet werden; die Diskrepanz zu den errechneten 9360 Rehabilitationsakten ergab sich durch das Fehlen von Aktenmaterial.[1)]

Es war ursprünglich vorgesehen, die manuell ermittelten Daten mit den EDV-Daten des Entlassungsberichtes zusammenzuführen. Dieses Vorhaben konnte wegen ungenügender Kapazitäten in der Datenverarbeitung nicht verwirklicht werden, so daß ein nochmaliges Ziehen der Akten notwendig wurde, wodurch uns weiteres Aktenmaterial verloren ging.

Durch Ziehen von 100 Akten wurde Einsicht zur Überprüfung des Aktenmaterials genommen, um relevante und aussagekräftige Kategorien zu erfassen. Dafür diente uns der Antrag auf Reha-Maßnahmen, der 10te Selbstauskunftsbogen, das Gutachten und der Entlassungsbericht.
Zur Datengewinnung wurden Verschlüsselungslisten erstellt (in der Anlage 8); die entsprechenden Angaben wurden in Codekarten übertragen, in die Codekarte 1 und in die Codekarte 2 (in der Anlage 9). Die Ablochung der Codekarten konnte durch die BfA vorgenommen werden, doch für die Weiterarbeit ergaben sich durch die schon angesprochenen fehlenden personellen Kapazitäten zeitaufwendige Schwierigkeiten. Der Datenschutz erforderte die Anonymisierung der Daten, d.h. die Elimination von Informationen aus dem Datenbestand, die Rückschlüsse auf Personen zulassen.
Erst danach konnte außerhalb der BfA die weitere Auswertung vorgenommen werden.

---

1) Das Fehlen von Akten läßt sich vermutlich dadurch erklären, daß diese zur Bearbeitung anderer Vorgänge herangezogen wurden (z.B. Rentenverfahren, Anschlußheilbehandlungsmaßnahmen, Nach- und Festigungskuren bei Carcinomerkrankungen).

2.4 Auswertungsschritte

1. Eindimensionale Grundauszählung - Berechnung einer eindimensionalen Häufigkeit der Daten, getrennt nach den beiden einbezogenen Diagnosegruppen (Diagnose 728, Diagnose 305).

2. Durchführung von zweidimensionalen Tabellenanalysen sowie die Schätzung von Assoziation (mittels Chi-Quadrats und Kontingenzkoeffizients C) für folgende Beziehungen:

   I. Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht, Familienstand, der Anzahl der im Haushalt betreuten Personen, den Berufsgruppen, der Arbeit vor Antragstellung, der Arbeitsunfähigkeitsdauer und dem Zugang zu G.M. sowie der Inanspruchnahmehäufigkeit von Maßnahmen.

   II. Zusammenhang zwischen regionalen Faktoren (Bundesland, Region, Ortsgrößen) und dem Zugang zu G.M. sowie der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Maßnahmen.

   III. Zusammenhang zwischen regionalen Faktoren und dem Alter der Partizipanten sowie dem Geschlecht, dem Familienstand, der Anzahl der im Haushalt betreuten Personen, den Berufsgruppen, der Arbeit vor Antragstellung und der Arbeitsunfähigkeitsdauer.

   IV. Zusammenhang zwischen dem Zugang zu G.M. und der Inanspruchnahme von G.M. und den begleitenden Erkrankungen: Herz/Kreislauferkrankungen, Blutdruck (Hypertonie, Hypotonie), Bronchitis, Diabetes, Stoffwechselerkrankungen, rheumatische Erkrankungen und sonstige (Tbc, Ca), Erkrankungen des Bewegungsapparates, Beschwerdesymptomatik.

   V. Zusammenhang zwischen dem Alter der Partizipanten, dem Geschlecht, dem Familienstand, der Anzahl der im Haushalt betreuten Personen, den regionalen Faktoren (Bundesland, Region, Ortsgröße), der Berufsgruppe, der Arbeit vor Antragstellung, der Arbeitsunfähigkeitsdauer auf der einen Seite und den begleitenden Erkrankungen (Herz/Kreislauferkrankungen,

Blutdruck (Hypertonie, Hypotonie), Bronchitis, Diabetes, Stoffwechselerkrankungen, rheumatische und sonstige Erkrankungen (Tbc, Ca), Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Beschwerdesymptomatik) auf der anderen Seite.

VI. Zusammenhang zwischen dem Zugang zu G.M. sowie der Inanspruchnahme von G.M. und dem Gesundheitsverhalten (Übergewichtigkeit, Nikotin- und Alkoholkonsum, Psychopharmakagebrauch).

VII. Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden, dem Geschlecht, dem Familienstand, der Anzahl der im Haushalt betreuten Personen, den regionalen Faktoren (Bundesland, Region, Ortsgröße), der Berufsgruppe, der Arbeit vor Antragstellung, der Arbeitsunfähigkeitsdauer auf der einen Seite und dem Gesundheitsverhalten (Übergewichtigkeit, Nikotin- und Alkoholkonsum, Psychopharmakagebrauch) auf der anderen Seite.

VIII. Zusammenhang zwischen den begleitenden Erkrankungen (Herz/Kreislauferkrankungen, Blutdruck (Hypertonie, Hypotonie), Bronchitis, Diabetes, Stoffwechselerkrankungen, rheumatische und sonstige Erkrankungen (Tbc, Ca), Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Beschwerdesymptomatik auf der einen Seite und dem Gesundheitsverhalten (Übergewichtigkeit, Nikotin- und Alkoholkonsum, Psychopharmakagebrauch) auf der anderen Seite.

2.5 Charakterisierung der regionalen Faktoren

Als Kriterium für die Identifizierung der regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme von G.M. dienten die Bundesländer, in denen sich der Wohnort der Partizipanten befand, die regionalen Bereiche und die Ortsgrößen. Es wurde angenommen, daß unterschiedliche Wohnqualitäten, differente Bevölkerungsdichte, die bioklimatischen Zonen, die Industriebelastung sowie die Naherholungsmöglichkeiten die Teilnahme an Maßnahmen und ihre Häufigkeit beeinflussen könnten.

2.5.1 Bundesländer

Es gilt der Frage nachzugehen, ob Versicherte aus Bundesländern vorwiegend ländlichen Charakters, wie beispielsweise Bayern oder Baden-Württemberg mit guten und auch vielfältigen Naherholungszonen und nur mäßiger Industriebelastung, in der Inanspruchnahme von Kurmaßnahmen zurückhaltender sein könnten. Sie könnten die Erholungsmöglichkeiten im Umkreis ihres Wohnortes nutzen und wären nicht darauf angewiesen, sich zusätzlich Erholung - falls die Kur in diesem Sinne zu werten ist - durch Kuraufenthalte zu erschließen. Würde die Annahme zutreffen, dann müßten Versicherte aus Nordrhein-Westfalen und aus dem Saarland, aus Bundesländern, die durch Faktoren starker Industriebelastung und hoher Bevölkerungsdichte geprägt sind, höhere Inanspruchnahmehäufigkeiten von G.M. aufweisen.
Es kann angenommen werden, daß ähnliche Belastungsfaktoren in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg zu finden sind, wo hohe Bevölkerungsdichte vorliegt und ein Mangel an Naherholungsmöglichkeiten (für Berlin) angenommen werden kann. Infolge der isolierten Lage und durch das extreme Defizit an Naherholungsgebieten im Hinterland nimmt Berlin noch eine Sonderstellung ein.

2.5.2 Ortsgrößen

Belastende Faktoren, wie sie für die Stadtstaaten beschrieben wurden, treffen gleichermaßen für größere Orte zu. Versicherte aus diesen Ortsgrößeklassen müßten relativ häufiger unter den Kurteilnehmern zu finden sein. Dagegen könnte in kleineren Ortschaften, in reizvollen Landschaften gelegen (z.B. Oberbayern), die über ausreichende Freizeitmöglichkeiten verfügen, eine geringere Nutzung der G.M. zu beobachten sein. Die Notwendigkeit zusätzlicher Erholung dürfte hier keine so starke Bedeutung haben.

Die Aufteilung der Ortsgrößen nach Einwohnerzahlen wurde entsprechend den Auskünften des Statistischen Bundesamtes diffe-

renziert in:

1. 0 - 4.999 E - ländliche Orte (Dorf)
2. 5 - 19.999 E - Kleinstadt
3. 20 - 99.999 E - Mittelstadt
4. 100.000 u. mehr E - Großstadt,

wobei eine weitere Aufschlüsselung der Großstädte in

100.000 - 250.000 E - Subgroßstadt
250.000 - 1 Mill. E - Großstadt/Sonderklasse
1 Mill. und mehr E - Weltstadt

nicht vorgenommen wurde.

2.5.3 Regionaler Bereich

Die Aufteilung in regionale Bereiche wurde anhand der Postleitzahlen vorgenommen (Übersichtskarte der Postleitzahlen in der Anlage 10). Die Unterteilung erfolgte in eine Nord-, Ost-, Süd- und Westregion. Berücksichtigt wurden die ersten beiden Zahlen der Postleitzahl. Diesem Aufteilungsschema lag der Gedanke zugrunde, daß in einzelnen Bereichen unterschiedliche Wohnqualitäten vorliegen, in Bezug auf Bevölkerungsdichte, die bioklimatischen Zonen, die Industrialisierung und auf Naherholungsbereiche, und daß diese möglicherweise für die Inanspruchnahme von Kuren eine Rolle spielen könnten.

Der östliche regionale Bereich wird bezüglich der Bevölkerungsdichte (152 E/qkm), Hessen (262 E/qkm) und zum Teil durch Bayern (153 E/qkm) bestimmt. In dieser Region liegen um Hannover, Hildesheim und Wolfsburg Gebiete starker Industrialisierung. Die bioklimatischen Zonen wechseln mit reizmilden, reizschwachen und schonenden Gebieten. Durch den Harz, das Weserbergland, die Rhoen, das Fichtelgebirge und den Solling sind idyllische Naherholungsgebiete gegeben.

Der südliche regionale Bereich setzt sich aus Bayern (153 E/qkm) und aus Baden-Württemberg (255 E/qkm) zusammen. Um die Städte Heilbronn, Stuttgart, Pforzheim, Passau, Regensburg und Ingolstadt befinden sich breite industrielle Belastungsgebiete. In dieser Region herrschen im allgemeinen reizmilde bis reizschonende bioklimatische Zonen vor, mit vereinzelten reizstarken und reizmäßigen Bezirken. Belastende Momente sich jedoch in der Alpenfönwirkung zu sehen. Der Schwarzwald, der Bayerische Wald, das Allgäu und Franken weisen vielfältige und reizvolle Naherholungsgebiete auf.

Der westliche regionale Bereich ist durch Faktoren starker Industriebelastung geprägt. Die bioklimatischen Zonen wechseln mit reizmilden und reizschwachen Gebieten, mit eingestreuten reizstarken Gegenden, beispielsweise in der Umgebung von Bad Wildungen, Winterberg und Berleburg. Die Bevölkerungsdichte wird weitgehend durch Nordrhein-Westfalen (500 E/qkm) bestimmt sowie durch das Saarland (421 E/qkm), durch Hessen (265 E/qkm) und im südlichen Teil dieser Region durch Rheinland-Pfalz (183 E/qkm). Die Naherholungsmöglichkeiten im Odenwald, im Hunsrück, im Westerwald, in der Eifel und im Taunus können als recht reichhaltig angesehen werden.

Der nördliche Bereich ist hinsichtlich der Bevölkerungsdichte durch Schleswig-Holstein (165 E/qkm) und Niedersachsen (152 E/qkm) geprägt. Hier liegen allerdings auch die Stadtstaaten Berlin (4.13 E/qkm) und Hamburg (2.248 E/qkm), die erhebliche Ballungszentren darstellen. Reizmilde bis schonende klimatische Zonen überwiegen, lediglich in den Küstenbezirken sind reizstarke Gebiete zu finden. Durch die Ost- und Nordsee sowie durch die Holsteinische Schweiz und die Lüneburger Heide bieten sich vielfältige Erholungsgebiete an.

2.6 Deskription der Behandlungsarten

Mit der Auswertung der Therapieverfahren in dieser Studie bemühen wir uns, einige zusätzliche Fragen zu beantworten.

Spielen möglicherweise neben den medizinischen Indikationen Faktoren, die für den Zugang zu G.M. und die Inanspruchnahme von Maßnahmen von Bedeutung sind, gleichzeitig auch für die Wahl der Therapieprogramme eine Rolle?

Weiterhin stehen folgende Fragen im Vordergrund:

1. Welche Therapieverfahren kommen im allgemeinen bei den einzelnen Kurteilnehmern zur Anwendung?
2. Könnten für bestimmte soziale Gruppen Barrieren für gewisse Behandlungsweisen (psychotherapeutische) bestehen?
3. Könnte es bei einer Kumulation von Belastungen eher zur Anwendung psychotherapeutischer Programme kommen?

Während der Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen, die in der Regel vier Wochen dauern (Verlängerungen aus medizinischen Indikationen sind möglich), werden entsprechend den vorliegenden Gesundheitsstörungen unterschiedliche Behandlungsarten angewandt: die Behandlungsart I und die Behandlungsart II.

2.6.1 Behandlungsart I

Bei der Behandlungsart I kommen neben balneo-therapeutischen und physikalischen Maßnahmen die Krankengymnastik und die Trainingsbehandlung zur Anwendung.
Die Behandlungsart I wurde in zwei Gruppen aufgeteilt: die erste Gruppe - einfache Behandlung - umfaßt die Balneotherapie, die physikalische Therapie und die Krankengymnastik.
Die zweite Gruppe - kombinierte Therapie - setzt sich aus der ersten Gruppe und der Trainingsbehandlung zusammen.

2.6.2 Behandlungsart II

Die Behandlungsart II wurde desgleichen in zwei Gruppen unterteilt: in die erste Gruppe - hier werden nur Diät und Medikamente verabreicht und in die zweite Gruppe - in Verbindung mit Diät und Medikamenten wird zusätzlich die Psychotherapie angewandt.

Die Therapieschwerpunkte in beiden Behandlungsarten liegen in der Gesundheitserziehung. Im wesentlichen spielt neben der Motivation zu einer gesunden Lebensführung die tatsächliche Einübung konkreter Verhaltensweisen eine große Rolle. Der Versicherte muß selbst aktiv werden und dabei erfahren und fühlen, daß es um ihn persönlich geht und nicht um irgendwelche abstrakte Problematik.
Das Gesundheitstraining wird nach unterrichtsmethodischen Prinzipien aufgebaut und stützt sich auf Erkenntnisse der Lern-, Motivations- und Sozialpsychologie. Die Reduzierung der Risikofaktoren stellt im wesentlichen den Trainingserfolg dar.
Der Versicherte erarbeitet sich selbst Fähigkeiten, z.B. in Kochkursen, im autogenem Training, in der Beschäftigungstherapie, in der Bewegungstherapie. Auf letztere wird besonders großes Gewicht gelegt, unter dem Gesichtspunkt, mit Förderung der körperlichen Gesundheit durch Muskelkräftigung und Haltungsbesserung eine seelische Harmonisierung anzustreben. Damit kann der Grundstein gelegt werden zu einer lebenslangen Weiterführung gesundheitssportlicher Maßnahmen am Wohnort.

3. Ergebnisse

3.1 Zusammensetzung der Teilnehmer an G.M. in den Untersuchungskollektiven der Diagnose 728 und 305

1. Soziodemographische Daten

Zur Überprüfung der Zusammensetzung von Kurteilnehmern in der Diagnose 728 und 305 wurden folgende soziodemographische Daten herangezogen: Geschlecht, Alter, Familienstand, die Anzahl der im Haushalt betreuten Personen, die regionalen Faktoren (Bundesland, Region, Ortsgröße) und die berufliche Situation (Beschäftigungsverhältnis, Arbeit vor Antragstellung, Arbeitsunfähigkeitsdauer).

1.1.1 Geschlecht

Die Ergebnisse zeigen, daß Frauen als Kurteilnehmer in beiden Diagnosegruppen überwiegen:
Diagnose 728 = 2.940 Frauen, 1.610 Männer;
Diagnose 305 = 2.041 Frauen, 1.390 Männer.

1.1.2 Alter

In den Jahren 1976, 1977 und 1978 haben insgesamt 854.466 Versicherte der BfA an G.M. wegen allgemeiner Erkrankungen teilgenommen. Unterteilt nach Altersgruppen ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1: Verteilung der Gesamtheit durchgeführter Maßnahmen wegen allgemeiner Erkrankungen nach Altersgruppen

	1976		1977		1978	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
16-34 Jhr.	36.266	11.3	27.193	10.1	26.373	9.9
35-44 Jhr.	60.665	18.9	52.173	19.5	55.041	20.7
45-54 Jhr.	111.409	34.8	90.483	33.7	87.150	32.8
55 + Jhr.	111.713	34.9	98.070	36.5	97.930	37.1

(Die Zahlen sind den Geschäftsberichten der BfA der Jahre 1976, 1977 und 1978 entnommen.)

Die Inanspruchnahme von G.M. wegen der Diagnose 728 und 305 nach Altersgruppen sind nachfolgend in Tabelle 2 und in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 2: Verteilung der Partizipanten in der Diagnosegruppe 728 nach Alter

n = 4550	abs.	%
16 - 34 Jhr.	359	7.9
35 - 44 Jhr.	1.001	22.0
45 - 54 Jhr.	2.030	44.6
55 + Jhr.	1.160	25.5

Tabelle 3: Verteilung der Partizipanten in der Diagnosegruppe 305 nach Alter

n = 3431	abs.	%
16 - 34 Jhr.	727	21.2
35 - 44 Jhr.	1.022	29.8
45 - 54 Jhr.	1.242	36.2
55 + Jhr.	440	12.8

Die Mehrzahl der Kurteilnehmer in der Diagnose 728 gehört den Altersgruppen 45 - 54 Jhr. und 55 und älter an; in der Diagnose 305 dagegen sind die 35 - 44jährigen und die 45 - 54jährigen stärker vertreten.

1.1.3 Familienstand

Tabelle 4: Inanspruchnahme von Maßnahmen in der Diagnose 728 und 305 nach Familienstand, verglichen mit der Wohnbevölkerung nach Familienstand (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1979) unter Berücksichtigung der Altersgruppe 15 - 65 Jahre

Familienstand	Wohnbevölkerung n. Familienstand	728 (n=4452)		305 (n=3365)	
	%	abs.	%	abs.	%
verheiratet	ca. 63.4	3.150	70.7	2.282	67.8
ledig	ca. 29.2	538	12.1	522	15.5
gesch./getr.L.	ca. 3.4	448	10.1	389	11.6
verwitwet	ca. 3.9	316	7.1	172	5.1

Die Mehrheit der Kurteilnehmer in beiden Diagnosegruppen stellen Verheiratete dar, was auch weitgehend der Alterszusammensetzung entspricht. Zu den anteilmäßig kleineren Gruppen gehören Ledige, gesch./getr. Lebende und Verwitwete.

1.1.4 Anzahl der im Haushalt betreuten Personen

Als Kriterium für die familiäre Belastungssituation wurde die Variable Anzahl der im Haushalt betreuten Personen zugrunde gelegt. Sie umfaßt alle z.Zt. im Haushalt des Versicherten lebenden Personen, die in direkter verwandtschaftlicher Beziehung zu ihm stehen. Wir interpretierten diese Angabe als Anzahl der Kinder der Versicherten.

Tabelle 5: Kursteilnehmer in der Diagnosegruppe 728 und 305 nach der Anzahl der im Haushalt betreuten Personen

	728 (n=4451)		305 (n=3365)	
	abs.	%	abs.	%
keine Kinder	2.913	65.5	1.916	56.9
ein Kind	803	18.0	708	21.9
zwei Kinder	521	11.7	523	15.5
mehr als zwei Kinder	214	4.8	218	6.6

Wie aus der tabellarischen Aufstellung ersichtlich ist, nehmen die Teilnehmer an Kuren in beiden Diagnosegruppen mit steigender Anzahl der betreuten Personen ab. Probanden ohne Kinder sind in beiden Grunddiagnosen am stärksten vertreten. Das entspricht auch der Alterszusammensetzung.

1.2 Regionale Faktoren

1.2.1 Bundesländer

Tabelle 6: Gegenüberstellung der Verteilung von Kurteilnehmern (Diagnosegruppe 728 und 305 nach Bundesländern und der Bevölkerungszahl und -dichte (je qkm) in einzelnen Bundesländern)
(Quelle: BEVÖLKERUNG DER GEMEINDEN, 1978)

	Bevölkerungs - zahl		- dichte	728		305	
	abs.	%		abs.	%	abs.	%
Nordrhein-Westf.	17.030.341	27.7	500	1.388	30.5	1.223	35.6
Baden-Württ.	9.120.453	14.9	255	693	15.2	380	11.1
Bayern	10.819.318	17.6	153	624	13.7	462	13.5
Hessen	5.540.585	9.0	262	463	10.2	331	9.6
Berlin	1.926.826	3.1	4013	433	9.5	225	6.6
Niedersachsen	7.224.165	11.8	152	362	8.0	322	9.4
Hamburg	1.680.340	2.8	2248	212	4.7	163	4.8
Rheinland-Pfalz	3.639.291	5.9	183	185	4.1	176	5.1
Schlesw.Holst.	2.587.183	4.2	165	119	2.6	70	2.0
Saarland	1.081.074	1.8	421	48	1.1	52	1.5
Bremen	703.169	1.2	1742	16	0.4	21	0.8
Bundesgebiet	61.352.745	100.0	242	4.543	100.0	3.426	100.0

Erwartungsgemäß rekrutiert sich die Mehrheit der Probanden in beiden Diagnosegruppen aus den bevölkerungsreichsten Bundesländern: Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern. Verglichen mit den Bevölkerungsanteilen in den Stadtstaaten sind Versicherte aus Berlin und aus Hamburg in den zu untersuchenden Kollektiven überproportional stark vertreten.

1.2.2 Ortsgrößen

Bei der Auswertung zeigte sich, daß etwas mehr als die Hälfte der Probanden in beiden Grunddiagnosen aus Orten mit über 100.000 E stammten, und zwar

in der Diagnose 728 - 50.9 %
in der Diagnose 305 - 51.3 %.

Mit abnehmender Einwohnerzahl war in beiden Diagnosegruppen auch eine geringere Inanspruchnahme von Maßnahmen festzustellen.

Aus Orten mit 20.000 - 99.999 E rekrutierten sich

in der Diagnose 728 - 24.5 %
in der Diagnose 305 - 25.2 %.

Aus Ortsgrößenklassen von 5.000 - 19.999 E stammten

in der Diagnose 728 - 15.5 %
in der Diagnose 305 - 14.8 %

und aus Ortschaften mit 0 - 4.999 E nahmen

in der Diagnose 728 - 9.0 %
in der Diagnose 305 - 8.6 %

Probanden an G.M. teil.

1.2.3 Regionaler Bereich

Unser Untersuchungsmaterial ergab, daß die Kurteilnehmer in beiden Diagnosegruppen aus der westlichen Region am stärksten vertreten waren, wie es die Übersicht zeigt:

1. westliche Region:	Diagnose 728 -	43.8 %
	Diagnose 305 -	50.2 %
2. südliche Region:	Diagnose 728 -	25.3 %
	Diagnose 305 -	20.9 %
3. nördliche Region:	Diagnose 728 -	23.2 %
	Diagnose 305 -	7.6 %
4. östliche Region:	Diagnose 728 -	7.7 %
	Diagnose 305 -	7.6 %

1.3 Berufliche Situation

1.3.1 Beschäftigungsverhältnis (Berufsgruppe)

Tabelle 7: Verteilung der Kurteilnehmer nach Beschäftigungsverhältnis

	728		305	
	abs.	%	abs.	%
1. nicht Erwerbstätige	25	0.5	13	0.4
2. Personen in Ausbildung	16	0.4	17	0.5
3. Angestellte außerhalb des öffentlichen Dienstes	2.909	63.9	2.309	67.3
4. Angestellte im öffentlichen Dienst	1.106	24.3	805	23.5
5. leitende Angestellte	25	0.5	22	0.7
6. Selbständige	60	1.3	25	0.7
7. Hausfrauen	313	6.9	173	5.0
8. Arbeitslose	96	2.1	67	2.0

Es wird deutlich, daß einzelne Gruppen zu schwach besetzt sind, so daß größere Gruppierungen gebildet werden mußten. In der Diagnose 728 wurden diese auf 5 reduziert und in der Diagnose 305 auf 4; dadurch ergaben sich folgende Gruppen:

1. Angestellte außerhalb des öffentlichen Dienstes
2. Angestellte im öffentlichen Dienst
3. Selbständige
4. Hausfrauen / nicht Erwerbstätige
5. Arbeitslose und Personen in Ausbildung

Die Tabelle 8 gibt die Teilnahme an Maßnahmen in beiden Diagnosegruppen nach Beschäftigungsverhältnis wider.

Tabelle 8: Verteilung der Kurteilnehmer nach Beschäftigungsverhältnis

	728		305	
	abs.	%	abs.	%
1. Angestellte außerhalb des öffentlichen Dienstes	2.934	64.5	2.331	67.9
2. Angestellte im öffentlichen Dienst	1.106	24.3	805	23.5
3. Hausfrauen / nicht Erwerbstätige	338	7.4	186	5.4
4. Arbeitslose/Ausbildung	112	2.5	109	3.2
5. Selbständige	60	1.3	-	-
	4.550	100.0	3.431	100.0

Die Mehrheit der Teilnehmer an Maßnahmen stellen in beiden Diagnosegruppen Angestellte außerhalb des öffentlichen Dienstes dar. Angestellte im öffentlichen Dienst waren zu einem geringeren Anteil in den Untersuchungskollektiven anzutreffen. Hausfrauen, Arbeitslose und Personen in Ausbildung sowie Selbständige zählen in beiden Grunddiagnosen anteilmäßig zu den kleinsten Gruppen.

1.3.2 Arbeit vor Antragstellung

In dieser Variablengruppe wurde die Form oder die Art der Tätigkeit erfaßt, die zum Zeitpunkt der Antragstellung ausgeübt wurde, wie Ganztagstätigkeit, Teilzeitbeschäftigung, Schichtarbeit (Nacht- und Wechselschicht), Hausfrauentätigkeit, Arbeitslosigkeit oder keine Erwerbstätigkeit.

Die Ergebnisse zeigen, daß die Mehrheit der Kurteilnehmer in beiden zu untersuchenden Diagnosen einer ganztägigen Beschäftigung nachgehen:

in der Diagnose 728 - 73.9 %
in der Diagnose 305 - 80.9 %

- Teilzeitarbeiter in der Diagnose 728 - 11.6 %
  in der Diagnose 305 - 8.7 %
- Hausfrauen in der Diagnose 728 - 6.7 %
  in der Diagnose 305 - 4.7 %
- Arbeitslose in der Diagnose 728 - 4.6 %
  in der Diagnose 305 - 3.6 %
- Schichtarbeiter in der Diagnose 728 - 3.1 %
  in der Diagnose 305 - 2.1 %

1.3.3 Arbeitsunfähigkeitsdauer (AU-Dauer)

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeitsdauer ist im Sinne der Krankenversicherung folgendermaßen definiert: Arbeitsunfähigkeit liegt dann vor, wenn der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht fähig ist, seiner bisher ausgeübten Beschäftigung nachzugehen.

Die Gesundheitsstörungen, die dem Antrag auf G.M. zugrunde liegen und zu Gesundheitsmaßnahmen führen, müssen nicht mit dem Leiden identisch sein, das die Arbeitsunfähigkeit auslöste.

In Tabelle 9 sind die Teilnehmer an G.M. nach den Kriterien der AU-Dauer aufgeschlüsselt.

Tabelle 9: Kurteilnehmer nach Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Diagnosen 728 und 305

	728 (n=4450)		305 (n=3359)	
	abs.	%	abs.	%
1. nicht arbeitsunfähig	3.112	69.9	2.249	67.0
2. bis zu 1 Monat AU	731	16.4	643	19.1
3. 1 bis 2 Monate AU	277	6.3	265	7.9
4. 2 Monate und länger AU	330	7.4	202	6.0

Noch am stärksten unter den Teilnehmern an G.M. waren in

beiden Diagnosen Personen mit Arbeitsunfähigkeitszeiten bis zu 1 Monat vertreten, anteilmäßig gering dagegen solche mit AU-Zeiten von 1 bis 2 Monaten und 2 Monate länger bestehender AU.

2. Zugang zu den Maßnahmen

Wer nimmt die Schlüsselstellung in der Anregung zu Maßnahmen ein? Inwieweit ist der eigene Wunsch ausschlaggebend, an Kurverfahren teilzunehmen? Welche Rolle spielen andere Instanzen (z.B. Arbeitsämter, Krankenkassen) in der Vermittlung von Kuren? Welche Bedeutung kommt dem behandelnden Arzt in der Zuweisung von G.M. zu?
Die Empfehlung zu Kuren durch "sonstige Instanzen" ist durch das Rehaangleichungsgesetz (Reha Angl G) vom 07.08.1974 festgelegt. (TIEDT, 1979)
Die Ergebnisse konnten eindeutig belegen, daß der behandelnde Arzt in beiden zu untersuchenden Diagnosen die dominierende Rolle in der Vermittlung zu Kurmaßnahmen einnimmt:

Diagnose 728 - 88.0 %
Diagnose 305 - 88.7 %

Durch Eigenaktivität gelangten zu Maßnahmen:

Diagnose 728 - 8.8 %
Diagnose 305 - 8.6 %

Durch "sonstige Stellen" wurden zu G.M. vermittelt:

Diagnose 728 - 3.2 %
Diagnose 305 - 2.7 %

2.2 Inanspruchnahmehäufigkeit von Kurmaßnahmen

Für diese Variable diente die folgende Unterteilung:

1. bisher wurde keine Maßnahme durchgeführt
2. eine G.M. wurde bereits absolviert
3. mehr als 1 Maßnahme wurde bisher wahrgenommen
4. zu diesem Komplex wurden keine Angaben gemacht.

Die Ergebnisse zeigten, daß mehr als ein Drittel der Versicherten in der Diagnose 728 bisher an keiner Maßnahme teilgenommen haben, in der Diagnose 305 dagegen waren es doch fast die Hälfte der Probanden. Ein größerer Anteil von Wiederholungsteilnehmern war in der Diagnose 728 zu finden als in der Diagnose 305. In der Tabelle 10 sind die vorliegenden Resultate aufgeführt.

Tabelle 10: Verteilung der Partizipanten in beiden Diagnosegruppen nach der Anzahl der G.M.

	728 (n=4550)		305 (n=3431)	
	abs.	%	abs.	%
1. bisher keine G.M.	1.707	37.5	1.634	47.6
2. eine G.M.	1.359	29.9	979	28.5
3. mehr als eine G.M.	1.481	32.5	816	23.8
4. keine Angaben	3	0.1	2	0.1

3.2 Regionale Unterschiede im Zugang zu und in der Nutzung von G.M.

Es konnte festgestellt werden, daß der behandelnde Arzt die Schlüsselrolle in der Zuweisung von Kuren einnimmt. Das gilt für die Mehrheit der Probanden in beiden Kollektiven (Diagnose 728 - 88.0 %, Diagnose 305 - 88.8 %).

Für die Diagnose 728 ergaben sich keine signifikanten Beziehungen, was die Eigenaktivität zu Maßnahmen zu gelangen anbelangt, noch was die Vermittlung zu G.M. durch andere Stellen betrifft (z.B. Arbeitsamt, Krankenkasse). Bei Probanden der Diagnose 305 scheint die Eigenaktivität noch am ehesten bei Versicherten aus Schleswig-Holstein und aus Berlin eine Rolle zu spielen. Aus Rheinland-Pfalz und aus Nordrhein-Westfalen wurde ein signifikanter Anteil ermittelt, der durch die Empfehlung "sonstiger Stellen" Kurmaßnahmen absolvierte.

Keine regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme von G.M. bestehen für die Diagnose 728.

In der Diagnose 305 haben Versicherte aus dem Saarland und aus überwiegend ländlichen Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Bayern) bisher die wenigsten Kurmaßnahmen genutzt. Keine eindeutigen Hinweise konnten gefunden werden, daß Probanden aus industriebelasteten Bundesländern unter den Kurteilnehmern häufiger vertreten sind.
Bei Wiederholungsmaßnahmen lag Berlin mit 42.1 % an erster Stelle.

In Bezug auf die Ortsgrößenklassen fanden sich deutliche Unterschiede: mit höherer Einwohnerzahl nimmt auch die Inanspruchnahmehäufigkeit von G.M. zu. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 und in der Tabelle 12 zusammengestellt.

Tabelle 11: Anzahl der G.M. nach Ortsgrößeklassen in der Diagnose 728

	keine G.M.		ein G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1. 0 - 4.999 E	209	12.3	100	7.4	102	6.9
2. 5 - 19.999 E	286	16.8	223	16.4	195	13.2
3. 20 - 99.999 E	430	25.2	341	25.1	343	23.2
4. mehr als 100.000 E	778	45.7	693	51.1	840	56.8

Chi^2 = 62.79360; DF = 9; Signifikanzniveau: .0000

Tabelle 12: Anzahl der G.M. nach Ortsgrößeklassen in der Diagnose 305

	keine G.M.		ein G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1. 0 - 4.999 E	168	10.3	76	7.8	50	6.1
2. 5 - 19.999 E	270	16.6	151	15.4	87	10.7
3. 10 - 99.999 E	409	25.1	242	24.7	212	26.0
4. mehr als 100.000 E	782	48.0	509	52.1	467	57.2

Chi^2 = 35.68364; DF = 9; Signifikanzniveau = .0000

Für die Bundesländer und die regionalen Wohnbereiche (Norden, Osten, Süden, Westen) fanden sich keine altersspezifischen Auffälligkeiten in der Nutzung von G.M.
Hinsichtlich der Ortsgrößeklassen ließ sich erkennen, daß ältere Teilnehmer in beiden Diagnosegruppen (55 + Jhr., 45 - 54 Jhr.) eher aus Orten mit höheren Einwohnerzahlen stammen; Jüngere rekrutieren sich häufiger aus Ortschaften mit geringeren Einwohnerzahlen.

Bezüglich der Wohnbereiche bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Teilnahme an G.M.: Männer stammen tendenziell eher aus ländlich strukturierten Bundesländern, Frauen dagegen häufiger aus den Stadtstaaten Berlin und Hamburg. Somit beteiligen sich weibliche Teilnehmer aus der nördlichen Region überproportional an Gesundheitsmaßnahmen. Tabelle 13 gibt die Geschlechtsverteilung von Teilnehmern der Diagnose 728 in den einzelnen regionalen Bereichen wider.

Tabelle 13: Geschlechtsverteilung von Teilnehmern der Diagnose 728 in den einzelnen regionalen Bereichen

n=4547	Norden		Osten		Süden		Westen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Männer	325	30.8	150	42.9	396	34.4	739	37.1
Frauen	729	69.2	200	57.1	755	65.6	1293	62.9

Chi^2 = 21.12485; DF = 3; Signifikanzniveau = .0001

Hochsignifikante geschlechtsspezifische Unterschiede (728 sign. = .0000, 305 sign. = .0007) in der Inanspruchnahme von G.M. ergaben sich nach Ortsgrößen. Sie bestätigen die differenten Verhaltensweisen männlicher und weiblicher Versicherter zwischen ländlichen Bundesländern und den Stadtstaaten. Während Männer relativ häufiger aus Orten mit geringeren Einwohnerzahlen stammen, kommen Frauen dagegen eher aus Orten mit Einwohnerzahlen über 100.000 (vgl. Tabelle 14 und Tabelle 15).

Tabelle 14: Geschlechtsverteilung von Kurteilnehmern der Diagnose 728 nach Ortsgrößeklassen

n = 4543	Männer (1610)		Frauen (2933)	
	abs.	%	abs.	%
0 - 4.999 E	176	10.9	235	8.0
5 - 19.999 E	299	18.6	405	13.8
20 - 99.999 E	422	26.2	692	23.6
mehr als 100.000 E	713	44.3	1601	54.6

Chi^2 = 49.56356; DF = 4; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 15: Geschlechtsverteilung von Kurteilnehmern der Diagnose 305 nach Ortsgrößeklassen

	Männer (1389)		Frauen (2036)	
	abs.	%	abs.	%
0 - 4.999 E	129	9.3	165	8.1
5 - 19.999 E	237	17.1	271	13.3
20 - 99.999 E	364	26.2	500	24.6
mehr als 100.000 E	659	47.4	1100	54.0

Chi^2 = 17.04106; DF = 3; Signifikanzniveau = .0007

Besonders überrepräsentiert unter den Kurteilnehmern sind Verheiratete aus den Bundesländern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Hessen und dem Saarland in der Gruppe der Diagnose 728. Ähnlich sind die Ergebnisse für die Diagnose 305. Danach nehmen verheiratete Versicherte aus Niedersachsen und aus Schleswig-Holstein besonders häufig an Maßnahmen teil.
Bezüglich der regionalen Bereiche rekrutierten sie sich mehr aus dem Süden und aus dem Westen. Keine wesentlichen Differenzen nach Bundesländern in der Teilnahme an G.M. wurden bei Ledigen gefunden.
Gesch./getr. Lebende und Verwitwete weisen höhere Anteile an G.M. aus den Stadtstaaten auf als aus anderen Bundesländern. Zudem waren verwitwete Versicherte in der Diagnose 728 aus

Schleswig-Holstein unter den Kurteilnehmern relativ häufiger anzutreffen, diejenigen der Diagnose 305 aus dem Saarland. Verwitwete aus Bayern scheinen seltener zu den Kurteilnehmern zu zählen.
Gesch./getr. Lebende und Verwitwete stammen tendenziell aus der nördlichen und aus der westlichen Region (beide Diagnosegruppen). Die Ergebnisse sind in der Tabelle 16 und in der Tabelle 17 zusammengefaßt.

Tabelle 16: Teilnehmer an G.M. der Diagnose 728 nach regionalen Wohnbereichen

n= 4449	verheir.		ledig		gesch./getr.L.		Verwitwet	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Norden	698	22.2	119	22.1	132	29.5	80	25.3
Osten	266	8.5	34	6.3	23	5.1	20	6.3
Süden	792	25.2	156	29.0	114	25.4	72	22.8
Westen	1391	44.2	229	42.6	179	40.0	144	45.6

Chi^2 = 23.78956; DF = 9; Signifikanzniveau = .0046

Tabelle 17: Teilnehmer an G.M. der Diagnose 305 nach regionalen Wohnbereichen

n= 3363	verheir.		ledig		gesch./getr.L.		Verwitwet	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Norden	461	20.2	97	18.6	105	27.0	46	26.7
Osten	188	8.2	35	6.7	21	5.4	11	6.4
Süden	483	21.2	114	21.8	87	22.4	25	14.5
Westen	1148	50.4	276	52.9	176	45.2	90	52.4

Chi^2 = 22.79288; DF = 9; Signifikanzniveau = .0067

Zwischen dem Familienstand und den Ortsgrößeklassen konnten hochsignifikante Beziehungen registriert werden (728 sign. = .0000, 305 sign. = .0000). Während Verheiratete relativ häufiger aus kleineren Ortschaften stammen, rekrutieren sich Ledige,

geschieden/getrennt Lebende und Verwitwete überproportional aus Orten mit Einwohnerzahlen über 100.000 (vgl. Tabelle 18 und Tabelle 19).

Tabelle 18: Kurteilnehmer der Diagnose 728 nach Familienstand in Bezug auf Ortsgrößeklassen

	verheir.		ledig		gesch./getr.L.		Verwitwet	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
0 - 4.999 E	214	9.5	39	7.5	26	6.7	13	7.6
5.19.999 E	372	16.3	70	13.3	36	9.3	19	11.0
20.99.999 E	600	26.3	118	22.6	88	22.7	40	23.3
mehr als 100.000 E	1092	47.9	296	56.6	238	61.3	100	58.1

Chi^2 = 39.10081; DF = 9; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 19: Kurteilnehmer der Diagnose 305 nach Familienstand in Bezug auf Ortsgrößeklassen

n= 3361	verheir.		ledig		gesch./getr.L.		Verwitwet	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
0- 4.999 E	214	9.5	39	7.5	26	6.7	13	7.6
5-19.999 E	372	16.3	70	13.3	36	9.3	19	11.0
20-99.999 E	600	26.3	118	22.6	88	22.7	40	23.3
mehr als 100.000 E	1092	47.9	296	56.6	238	61.3	100	58.1

Chi^2 = 39.10081; DF = 9; Signifikanzniveau = .0000

Die Ergebnisse zeigen, daß überwiegend Versicherte ohne Kinder in beiden Untersuchungskollektiven Kuren in Anspruch nehmen. Dieses trifft sowohl für alle Bundesländer als auch für alle regionalen Wohnbereiche zu. Allerdings gestaltet sich die Nutzung von G.M. bei Personen mit und ohne Kindern innerhalb der verschiedenen Ortsgrößeklassen unterschiedlich (728 sign. = .000, 305 sign. = .0000) (vgl. Tabelle 20 und Tabelle 21).

Tabelle 20: Kurteilnehmer der Diagnose 728 nach der Anzahl der betreuten Personen in Bezug auf Ortsgrößeklassen

n = 4445	keine Kinder		ein Kind		zwei Kinder		mehr als 2 Kinder	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
0- 4.999 E	221	7.6	81	10.1	72	13.8	29	13.6
5-19.999 E	423	14.6	136	16.9	81	15.6	49	22.9
20-99.999 E	659	22.6	224	27.9	146	28.1	59	27.5
mehr als 100.000 E	1604	55.2	362	45.1	221	42.5	77	36.0

Chi^2 = 80.54579; DF = 12; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 21: Kurteilnehmer der Diagnose 305 nach der Anzahl der betreuten Personen in Bezug auf Ortsgrößeklassen

n = 3360	keine Kinder		ein Kind		zwei Kinder		mehr als 2 Kinder	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
0- 4.999 E	146	7.6	69	9.8	56	16.7	21	9.6
5- 9.999 E	259	13.5	96	13.6	99	18.9	43	19.8
20-19.999 E	455	23.8	184	26.1	139	26.6	68	31.2
mehr als 100.000 E	1053	55.1	357	50.5	229	43.8	86	39.4

Chi^2 = 40.68549; DF = 9; Signifikanzniveau = .0000

In kleineren Ortschaften liegt der Anteil von Teilnehmern an G.M. mit Kindern höher als in größeren Orten.

3.3 Berufliche Situation und die Inanspruchnahme von G.M.

Für die Bestimmung dieses Zusammenhanges wurden folgende Charakteristika der beruflichen Situation berücksichtigt:

a. Beschäftigungsverhältnis (Berufsgruppe)
b. Arbeit vor Antragstellung
c. Arbeitsunfähigkeitsdauer (AU-Dauer)

Auch hier zeigen die Ergebnisse eindeutig, daß dem behandelnden Arzt unabhängig von den Variablen der beruflichen Situation (Berufsgruppe, Arbeit vor Antragstellung, Arbeitsunfähigkeitsdauer) die dominierende Rolle in der Empfehlung zu Kurverfahren zukommt. Das trifft noch stärker für die Hausfrauen beider Diagnosegruppen zu (Diagnose 728 - 90.1 %, Diagnose 305 - 93.4 %). Selbständige (Diagnose 728) und Angestellte im öffentlichen Dienst beider Diagnosegruppen gelangten noch relativ häufiger als andere Gruppen durch Eigenaktivität zu Maßnahmen. Arbeitslose und Personen in Ausbildung wurden im Vergleich zu anderen Gruppen relativ häufiger durch andere Instanzen aufgefordert, Kurverfahren zu absolvieren.
Zwischen der Variablen "Arbeit vor Antragstellung" und dem Zugang zu G.M. gibt es für die Diagnose keine signifikante Beziehung.
In der Diagnose 305 gelangten überproportional Schichtarbeiter und Teilzeitbeschäftigte durch eigenen Wunsch zu Maßnahmen.

Bezüglich der Kriterien der AU-Dauer spielte der eigene Wunsch, Maßnahmen zu nutzen, eher noch bei Probanden (Diagnose 728) mit AU-Zeiten bis zu zwei Monaten eine Rolle; diejenigen mit längerer AU-Dauer kamen relativ öfter durch die Vermittlung anderer Instanzen zu Gesundheitsmaßnahmen.

In der Darstellung 1 (Diagnose 728) und in der Darstellung 2 (Diagnose 305) wird der Zusammenhang zwischen den Berufsgruppen und dem Zugang zu G.M. aufgezeigt (lediglich die Alternativen von Eigenwunsch sowie die Empfehlung durch andere Instanzen wurden berücksichtigt).
Die Darstellung 3 (Diagnose 305) gibt diesen Zusammenhang für die Variable "Arbeit vor Antragstellung" wider (vgl. Darstellungsverzeichnis).

Signifikante Unterschiede (728 sign. = .0000, 305 sign. = .0000) in der Inanspruchnahmehäufigkeit von G.M. (Wiederholungsmaßnahmen)

zeigten sich in den jeweiligen Diagnosegruppen zwischen Angestellten im öffentlichen Dienst und denjenigen außerhalb des öffentlichen Dienstes. Angestellte im öffentlichen Dienst waren relativ häufiger unter den Wiederholungsteilnehmern von Gesundheitsmaßnahmen anzutreffen.

Weitere signifikante Unterschiede (728 sign. = .0000, 305 sign. = .0000) in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Kuren konnten zwischen beiden Grunddiagnosen bei Arbeitslosen und Personen in Ausbildung ermittelt werden. Innerhalb der Diagnose 728 haben Arbeitslose und Personen in Ausbildung relativ öfter an einer Wiederholungsmaßnahme teilgenommen als der gleiche Personenkreis in der Diagnosegruppe 305 (vgl. Tabelle 22 und 23).

Tabelle 22: Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M. in der Diagnose 728 nach Berufsgruppen

n = 4550	keine G.M.		1 G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Angest.außerh.des öffentl. Dienstes	1188	69.6	850	62.5	896	60.5
Angest.i.öff. Dienst	332	19.4	360	26.5	411	27.8
Selbständige	32	1.9	10	0.7	18	1.2
Hausfrauen	123	7.2	96	7.1	229	8.0
Arbeitsl./ Ausbildung	32	1.9	43	3.2	37	2.5

Chi^2 = 60.99534; DF = 12; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 23: Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M. in der Diagnose 305 nach Berufsgruppen

n = 3431	keine G.M.		1 G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Angest.außerh.des öffentl. Dienstes	1154	70.6	683	69.7	494	60.5
Angest.i.öff.Dienst	335	20.5	218	22.3	250	30.7
Hausfrauen	86	5.3	51	5.2	49	6.0
Arbeitsl./Ausbild.	59	3.6	27	2.8	23	2.8

Chi^2 = 42.42703; DF = 9; Signifikanzniveau = .0000

Statistisch insignifikant war die Beziehung zwischen der Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M. der Arbeit vor Antragstellung und den AU-Zeiten.

3.3.1 Regionale Unterschiede in der Zusammensetzung der Kurteilnehmer nach beruflichen Variablen

Nach regionalen Faktoren lassen sich folgende Unterschiede in der berufsspezifischen Zusammensetzung der Kurteilnehmer feststellen:

- Angestellte außerhalb des öffentlichen Dienstes ließen hinsichtlich der Bundesländer in der Inanspruchnahme von G.M. keine eindeutigen Tendenzen erkennen.
- Angestellte im öffentlichen Dienst stammen relativ häufiger aus Schleswig-Holstein und aus Berlin.
- Selbständige (Diagnose 728) aus Hamburg und aus Baden-Württemberg nahmen bevorzugt an G.M. teil; unter den Partizipanten des Saarlandes war kein Selbständiger anzutreffen.
- Hausfrauen aus Bundesländern vorwiegend ländlichen Charakters nahmen G.M. eher in Anspruch als dieser Personenkreis aus den Stadtstaaten (Diagnose 728 - Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen; Diagnose 305 - Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen).
- Arbeitslose und Personen in Ausbildung zeigten in der Teilnahme an Kuren bezüglich der Bundesländer keine eindeutigen Tendenzen. Das gilt für beide Untersuchungskollektive.

Was die regionalen Bereiche anbelangt, aus der die Teilnehmer stammen, so sind

- in der südlichen und westlichen Region Angestellte außerhalb des öffentlichen Dienstes (beide Diagnosen) eher zu Hause,
- in der nördlichen und westlichen Region Angestellte im öffentlichen Dienst (beide Diagnosegruppen),

- in der südlichen und westlichen Region Hausfrauen (beide Diagnosen),
- in der westlichen, zudem für die Diagnose 728 in der südlichen und für die Diagnose 305 in der nördlichen Region Arbeitslose und Personen in Ausbildung.

Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Berufsgruppen und den Ortsgrößeklassen belegen die Resultate folgendes: aus Orten mit Einwohnerzahlen über 100.000 beteiligen sich Angestellte im öffentlichen Dienst in etwas stärkerem Maße an G.M., aus Orten mit geringeren Einwohnerzahlen Angestellte außerhalb des öffentlichen Dienstes (vgl. Tabelle 24 und Tabelle 25).

Tabelle 24: Inanspruchnahme von G.M. der Berufsgruppen in der Diagnose 728 nach Ortsgrößeklassen

n = 4543	Angest.auß. d.öff.Dienstes		Angest.i. öff.Dienst		Selbst.		Hausfr.		Arbeits./ Ausbild.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
0- 4.999 E	287	9.8	69	6.2	9	15.3	33	9.8	13	11.6
5-19.999 E	464	15.8	161	14.6	11	18.6	56	16.7	12	10.7
20-99.999 E	712	24.3	268	24.3	12	20.3	87	25.9	35	31.3
mehr als 100.000 E	1468	50.1	607	54.9	27	45.8	160	47.6	52	46.4

Chi^2 = 26.29385; DF = 12; Signifikanzniveau = .0098

Tabelle 25: Inanspruchnahme von G.M. der Berufsgruppen in der Diagnose 305 nach Ortsgrößeklassen

n = 3425	Angest.auß. d.öff.Dienstes		Angest.i. öff.Dienst		Hausfrauen		Arbeitsl./ i.Ausbild.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
0- 4.999 E	211	9.1	53	6.6	19	10.2	11	10.1
5-19.999 E	359	15.4	99	12.3	28	15.1	22	20.2
20-99.999 E	598	25.7	193	24.0	50	26.9	23	21.1
mehr als 100.000 E	1158	49.8	459	57.1	89	47.8	53	48.6

Chi^2 = 19.83897; DF = 9; Signifikanzniveau = .0189

Für die Diagnose 305 konnten keine regionalen Unterschiede nach Bundesländern in Bezug auf die Variable Arbeit vor Antragstellung gefunden werden.
Dagegen wurden für die Diagnose 728 folgende Tendenzen festgestellt:

- Ganztagsbeschäftigte überwiegen zwar in allen Bundesländern, jedoch waren sie unter den Kurteilnehmern aus Baden-Württemberg, aus dem Saarland und aus Schleswig-Holstein etwas stärker vertreten.
- Teilzeitbeschäftigte als Teilnehmer an G.M. haben ihren Wohnort anteilmäßig eher in ländlich geprägten Bundesländern (z.B. Niedersachsen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Hamburg).
- Schichtarbeitende unter den Kurteilnehmern scheinen noch eher in Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Berlin zu Hause zu sein.
- Hausfrauen als Partizipanten an G.M. sind tendenziell in ländlich strukturierten Bundesländern beheimatet.
- Arbeitslose als Teilnehmer an G.M. rekrutieren sich stärker aus dem Saarland (10.4 %) und aus Hamburg (6.4 %).

Bei der regionalen Verteilung der Variablen Arbeit vor Antragstellung variieren die Resultate für beide Diagnosegruppen, so daß keine eindeutigen Tendenzen aufgezeigt werden können.
Es scheint aber, daß

- Teilzeitbeschäftigte als Probanden an G.M. noch eher in der nördlichen Region beheimatet sind, zudem für die Diagnose 728 in der westlichen und für die Diagnose 305 in der südlichen,
- Schichtarbeiter als Kurteilnehmer anscheinend ihren Wohnort noch eher in der östlichen Region haben, darüber hinaus für die Diagnose 728 in der nördlichen und für die Diagnose 305 in der westlichen.

Auch nach den Kriterien der AU-Zeiten fanden sich hinsichtlich der Bundesländer in der Nutzung von G.M. keine eindeutigen Tendenzen. Allerdings scheinen Probanden mit AU-Dauer über zwei Monaten (beide Diagnosegruppen) eher im Saarland angesiedelt zu sein.

Keine signifikanten Beziehungen wurden zwischen den Kriterien der AU-Zeiten, den regionalen Wohnbereichen und den Ortsgrößeklassen für beide Diagnosegruppen gefunden.

3.4 Gesundheitliche Belastungen und die Inanspruchnahme von G.M.

Es gilt auch der Frage nachzugehen, ob Personen, die neben den Grunddiagnosen andere gesundheitliche belastende Momente aufweisen, in den untersuchten Kollektiven überdurchschnittlich häufig vertreten sind. Daraus könnte geschlossen werden, ob eine Anhäufung von Erkrankungen zur Inanspruchnahme von G.M. beiträgt.

3.4.1 Begleitende Volkskrankheiten

Es konnten nicht alle Volkskrankheiten erfaßt werden, die wichtigsten jedoch wurden den ärztlichen Unterlagen entnommen (Gutachten, Entlassungsbericht, ärztliches Attest):

1. Herz/Kreislauferkrankungen
2. Blutdruck
3. Sonstige Volkskrankheiten
   a) Stoffwechselerkrankungen
   b) Bronchitis
   c) Diabetes mellitus
   d) Rheumatische und andere Erkrankungen (Tbc, Krebserkrankungen)

3.4.1.1 Herz/Kreislauferkrankungen

Ursprünglich war eine detailliertere Unterscheidung nach Diagnosen vorgesehen, wie z.B. Zustand nach Herzoperationen, Herzin-

suffizienz und Herzrhythmusstörungen. Aufgrund nur geringer Fallzahlen konnte diese Aufteilung nicht mehr als sinnvoll angesehen werden. Deshalb wurden lediglich zwei Gruppen gebildet:

a) Teilnehmer "mit Befund", in die Zustand nach Herzoperationen, Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen eingegangen sind.

b) Teilnehmer "ohne Befund"; bei diesen Kurteilnehmern wurden keine Angaben über Herz/Kreislauferkrankungen in den ärztlichen Unterlagen gefunden.

Die Auswertung des Datenmaterials ergab die folgende Verteilung:

	Diagnose 728	Diagnose 305
1. ohne Befund	93,9 %	92,6 %
2. mit Befund	6,1 %	7,4 %

Die Mehrheit der Kurteilnehmer setzt sich aus Versicherten zusammen, in deren Anamnese keine Angaben über Herz/Kreislauferkrankungen ermittelt und sie als "ohne Befund" eingestuft wurden. Personen mit Herz/Kreislauferkrankungen neben der Diagnose 305 waren unter Wiederholungsteilnehmern relativ öfter anzutreffen.
Mit steigendem Alter der Teilnehmer wurden auch häufiger Herz/Kreislauferkrankungen angegeben (vgl. Tabelle 26 und Tabelle 27).

Tabelle 26: Verteilung der Herz/Kreislauferkrankungen der Diagnosegruppe 728 nach Alter

n = 4550	16 - 34 Jhr.		35 - 44 Jhr.		45 - 54 Jhr.		55 + Jhr.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
ohne Befund	345	96.1	966	96.5	1920	94.6	1042	89.8
mit Befund	14	3.9	35	3.5	110	5.4	118	10.2

Chi^2 = 85.25363; DF = 12; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 27: Verteilung der Herz/Kreislauferkrankungen der Diagnosegruppe 305 nach Alter

n = 3431	16 - 34 Jhr.		35 - 44 Jhr.		45 - 54 Jhr.		55 + Jhr.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
ohne Befund	704	96.8	971	95.0	1125	90.6	377	85.7
mit Befund	23	3.2	51	5.0	117	9.4	63	14.3

Chi^2 = 65.80573; DF = 3; Signifikanzniveau = .0000

Für die Diagnose 728 bestehen keine geschlechtsspezifischen Differenzen in der Verteilung der Herz/Kreislauferkrankungen. Bei männlichen Versicherten der Diagnose 305 ist diese Erkrankung mit 8.6 % signifikant häufiger vertreten als bei weiblichen Versicherten mit einem Erkrankungsanteil von 6.6 %.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich nach dem Familienstand für die Diagnose 728. Dagegen konnte für die Diagnose 305 belegt werden, daß Verheiratete und Verwitwete prozentual häufiger Herz/Kreislauferkrankungen durchgemacht hatten, ledige Teilnehmer am seltensten.

Bei 6.9 % der Teilnehmer ohne Kinder wurden Herz/Kreislauferkrankungen nachgewiesen, bei denjenigen mit Kindern lediglich bei 3.3 %.
Ähnliche Zusammenhänge ergaben sich nicht für die Diagnose 728.
In der regionalen Verteilung der Herz/Kreislauferkrankungen (Diagnose 728) konnte kein Unterschied gefunden werden.
Nur für die Diagnose 305 bestanden Differenzen nach Ortsgrößen: je höher die Einwohnerzahl der Orte, desto höher lag auch der prozentuale Anteil von Personen mit Herz/Kreislauferkrankungen.
Keine Unterschiede in der Verteilung der Herz/Kreislauferkrankungen ergaben sich nach beruflichen Faktoren (Berufsgruppe, Arbeit vor Antragstellung, AU-Dauer).

3.4.1.2 Blutdruck

Normotonie im Erwachsenenalter ist definiert als Basisblutdruck systolisch - 139 mm Hg und diastolisch - 89 mm Hg. Basisblutdruckwerte zwischen 140 und 159 mm Hg systolisch und 90 mm HG diastolisch stellen Grenzwerte dar; ein Basisblutdruck von systolisch 160 mm Hg bzw. diastolisch 95 mm Hg ist hyperton (PRACHAR, ENENKEL, 1978).
Nach dieser Definition verteilten sich die Teilnehmer an G.M. folgendermaßen:

	Diagnose 728	Diagnose 305
	%	%
1. Normotonie	76.0	74.4
2. hypertone Werte	13.8	14.1
3. hypotone Werte	10.2	11.5

Versicherte beider Diagnosegruppen mit hypertonen Blutdruckwerten haben Kurverfahren öfter genutzt.

Signifikante Unterschiede ergaben sich für beide Untersuchungskollektive nach Altersgruppen: für Jüngere (16 - 34 Jhr., 34 - 45 Jhr.) sind die hypotonen Meßwerte charakteristisch, die 55-jährigen und Älteren weisen relativ häufiger hypertone Werte auf.

Weitere signifikante Unterschiede bestanden nach dem Geschlecht: Frauen beider Diagnosegruppen weisen in einem höheren Prozentsatz hypotone Blutdruckwerte auf als Männer (vgl. Tabelle 28 und 29).

Tabelle 28: Verteilung der Blutdruckwerte nach dem Geschlecht der Probanden der Diagnosegruppe 728

n = 4550	Männer		Frauen	
	abs.	%	abs.	%
normoton	1250	77.7	2028	75.1
hypoton	86	5.5	376	12.8
hyperton	274	17.0	356	12.1

Chi^2 = 75.81988; DF = 2; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 29: Verteilung der Blutdruckwerte nach dem Geschlecht der Probanden der Diagnosegruppe 305

n = 3430	Männer		Frauen	
	abs.	%	abs.	%
normoton	1091	78.5	1462	71.6
hypoton	104	7.5	381	18.7
hyperton	195	14.0	197	9.7

Chi^2 = 92.26327; DF = 2; Signifikanzniveau = .0000

Signifikante Beziehungen zwischen den Blutdruckwerten und dem Familienstand konnten aufgezeigt werden: bei Ledigen und geschieden/getrennt Lebenden beider Diagnosegruppen und bei Verwitweten der Diagnose 305 waren hypotone Werte häufiger anzutreffen, bei Verheirateten etwas mehr die Hypertonie (vgl. Tabelle 30 und Tabelle 31).

Tabelle 30: Verteilung der Blutdruckwerte nach Familienstand von Partizipanten der Diagnosegruppe 728

n= 4452	ledig		verheiratet		gesch./getr.L.		verwitwet	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
normoton	409	76.1	2380	75.6	349	77.9	250	79.1
hypoton	68	12.6	296	9.4	52	11.6	30	9.5
hyperton	61	11.3	474	15.0	47	10.5	36	11.4

Chi^2 = 17.52388; DF = 6; Signifikanzniveau = .0075

Tabelle 31: Verteilung der Blutdruckwerte nach Familienstand von Partizipanten der Diagnosegruppe 305

n = 3365	ledig		verheiratet		gesch./getr.L.		verwitwet	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
normoton	378	72.4	1720	75.4	288	74.0	117	68.0
hypoton	103	19.7	277	12.1	70	18.0	28	16.3
hyperton	41	7.9	285	12.5	31	8.0	28	15.7

Chi^2 = 38.97144; DF = 6; Signifikanzniveau = .0000

Unterschiede in der regionalen Verteilung der Blutdruckwerte konnten lediglich in Bezug auf Ortsgrößeklassen gefunden werden: Probanden mit hypertonen Werten stammen eher aus Orten mit Einwohnerzahlen über 100.000.
Auch die berufliche Situation der Kurteilnehmer steht offenbar in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Verteilung der Blutdruckwerte. Lediglich bei der Gruppe mit der Diagnose 728 konnte festgestellt werden, daß Teilzeitbeschäftigte, Hausfrauen und Arbeitslose etwas öfter Meßwerte aufweisen, die von der Norm abweichen.

3.4.1.3 Sonstige Volkskrankheiten

Unter diesem Punkt wurden die Stoffwechselerkrankungen, die Bronchitis, der Diabetes mellitus und sonstige schwerwiegende Erkrankungen, wie z.B. Tuberkulose und Krebserkrankungen erfaßt. Die Verteilung dieser Erkrankungen in den zu untersuchenden Diagnosen ist der Tabelle 32 zu entnehmen.

Tabelle 32: Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten in der Diagnose 728 und in der Diagnose 305 (nur Personen mit entsprechendem Befund)

	728		305	
	abs.	%	abs.	%
Stoffwechselerkr.	557	12.2	315	9.2
Bronchitis	201	4.4	187	5.5
Diabetes mellitus	137	3.0	57	1.7
Rheumat. u. andere Erkrankungen	95	2.2	147	4.2

Probanden mit einer Bronchitis (Diagnose 728) waren unter den Wiederholungsteilnehmern von Kurmaßnahmen stärker vertreten als Personen mit Stoffwechselerkrankungen, einem Diabetes und rheumatischen und anderen Erkrankungen.

Befunde sonstiger Volkskrankheiten waren am häufigsten bei Personen der Altersgruppe 45 - 54 Jhr. vorhanden, am seltensten bei der jüngsten Altersgruppe (16 - 34 Jhr.) (vgl. Tabelle 33 und Tabelle 34).

Tabelle 33: Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach Altersgruppen von Probanden der Diagnosegruppe 728

n = 4550	Bronchitis		Diabetes		Stoffwechseler.		rheum./an.Erkr.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
16-34 Jhr.	9	4.5	5	3.6	27	4.8	7	7.4
35-44 Jhr.	38	18.9	20	14.6	73	13.1	17	17.9
45-54 Jhr.	85	42.3	56	40.9	283	50.8	45	47.4
55 u. älter	69	34.3	56	40.9	174	31.3	26	27.3

Chi^2 = 85.25363; DF = 12; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 34: Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach Altersgruppen von Probanden der Diagnosegruppe 305

n = 3426	Bronchitis		Diabetes		Stoffwechseler.		rheum./an.Erkr.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
16-34 Jhr.	32	17.1	4	7.0	27	8.5	23	15.6
35-44 Jhr.	53	28.3	14	24.6	84	26.6	47	32.0
45-54 Jhr.	67	35.8	22	38.6	152	48.1	59	40.2
55 u. älter	35	18.8	17	29.8	53	16.8	18	12.2

Chi^2 = 82.22001; DF = 12; Signifikanzniveau = .0000

Relativ häufiger wurde die Bronchitis bei weiblichen Teilnehmern (beide Diagnosegruppen) angetroffen. Stoffwechselerkrankungen und der Diabetes waren für männliche Versicherte typischer (vgl. Tabelle 35 und Tabelle 36).

Tabelle 35: Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach dem Geschlecht von Kurteilnehmern der Diagnosegruppe 728

n = 4550	Bronchitis		Diabetes		Stoffwechseler.		rheum./an.Erkr.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Männer	91	45.3	69	50.4	71	51.9	43	45.3
Frauen	110	54.7	68	49.6	66	48.1	52	54.7

Chi^2 = 117.09226; DF = 4; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 36: Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach dem Geschlecht von Kurteilnehmern der Diagnosegruppe 305

n = 3426	Bronchitis		Diabetes		Stoffwechseler.		rheum./an.Erkr.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Männer	78	41.7	38	66.7	213	67.4	95	64.6
Frauen	109	58.3	19	33.3	103	32.6	52	35.4

Chi^2 = 176.37224; DF = 4; Signifikanzniveau = .0

Zwischen diesen Volkskrankheiten und dem Familienstand konnten für beide Kollektive aufschlußreiche Zusammenhänge registriert werden. Daß Verheiratete mit Erkrankungen dieser Art unter den Partizipanten an G.M. am stärksten vertreten sind, ergibt sich schon aus der Tatsache, daß diese Gruppe zahlenmäßig den größten Anteil der Kurteilnehmer stellt. Bei Ledigen, geschieden/getrennt Lebenden und Verwitweten war die Bronchitis relativ häufiger vorhanden als die anderen Erkrankungen (vgl. Tabelle 37 und Tabelle 38).

Tabelle 37: Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach dem Familienstand der Diagnosegruppe 728

n = 4452	Bronchitis		Diabetes		Stoffwechsel-erkrankungen		rheumat./ sonst.Erkr.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
ledig	23	11.7	13	9.8	42	7.7	7	7.4
verheiratet	134	67.7	97	73.6	418	76.6	71	74.7
gesch./getr.L.	24	12.1	9	6.8	51	9.3	10	10.5
verwitwet	17	8.5	13	9.8	35	6.4	7	7.4

Chi^2 = 22.18279; DF = 12; Signifikanzniveau = .0355

Tabelle 38: Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach dem Familienstand von Probanden der Diagnosegruppe 305

n = 3361	Bronchitis		Diabetes		Stoffwechsel-erkrankungen		rheumat./ sonst.Erkr.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
ledig	30	16.6	6	10.5	25	8.0	16	11.0
verheiratet	121	66.8	43	75.4	246	78.4	101	69.1
gesch./getr.L.	17	9.4	5	8.8	29	9.4	24	16.4
verwitwet	13	7.2	3	5.3	10	3.2	5	3.4

Chi^2 = 34.03606; DF = 12; Signifikanzniveau = .0007

In der Diagnose 728 sind die begleitenden Volkskrankheiten nach Bundesländern gleichmäßig verteilt. Partizipanten der Diagnose

305 mit einer Bronchitis stammen tendenziell eher aus belastungsgeprägten Bundesländern:
- Saarland
- Hamburg
- Berlin.

Die Resultate hinsichtlich der Ortsgrößeklassen bestätigen diese Tendenz weitgehend: Versicherte mit einer Bronchitis neben den zu untersuchenden Diagnosen rekrutieren sich eher aus Orten mit Einwohnerzahlen über 100.000; Personen mit Stoffwechselerkrankungen und einem Diabetes mehr aus Orten bis zu 100.000 Einwohnern.
Für die Diagnose 728 können wegen fehlender Zusammenhänge keine Angaben gemacht werden.

Schichtarbeiter leiden anscheinend relativ häufiger an Stoffwechselerkrankungen, Hausfrauen mehr am Diabetes und Arbeitslose am Diabetes und an Stoffwechselerkrankungen.

3.4.2 Begleitbeschwerden

Unter den Begleitbeschwerden wurden Symptome erfaßt, wie sie auch bei Gesunden von Zeit zu Zeit auftreten können, aber zusätzlich jene Gesundheitsbeschwerden verstärken können, die sich aus der Diagnose 728 und 305 ergeben.

3.4.2.1 Begleitende Beschwerden des Bewegungsapparates

Für beide Diagnosegruppen fand sich folgende Verteilung:

	Diagnose 728 %	Diagnose 305 %
1. HWS-Bereich	60.4	41.2
2. LWS-Bereich	39.0	36.3
3. keine Angaben	0.6	22.5

Versicherte der Diagnose 305 mit WS-Beschwerden haben Kurverfahren nicht intensiver in Anspruch genommen. Dagegen sind Personen mit HWS-Beschwerden der Diagnose 728 häufiger unter den Wiederholungsteilnehmern von Maßnahmen zu finden. Bei allen Altersgruppen der Diagnose 305 dominieren die HWS-Beschwerden, doch bei den 55jährigen und älteren scheinen die LWS-Beschwerden zu einem höheren Anteil vorhanden zu sein.

Für die Diagnose 728 konnten hochsignifikante geschlechtsspezifische Unterschiede ermittelt werden: Männer lokalisieren ihre Beschwerden in 53.2 % im LWS-Bereich, Frauen mehr im HWS-Bereich (68.4 %). Sowohl Männer als auch Frauen der Diagnosegruppe 305 klagen in stärkerem Maße über HWS-Beschwerden (vgl. Tabelle 39 und Tabelle 40).

Tabelle 39: Verteilung der WS-Beschwerden nach Geschlecht von Probanden der Diagnose 728

n = 4524	Männer		Frauen	
	abs.	%	abs.	%
HWS	743	46.8	2007	68.4
LWS	846	53.2	928	31.6

Chi^2 = 201.29590; DF = 1; Signifikanzniveau = 0

Tabelle 40: Verteilung der WS-Beschwerden nach Geschlecht von Probanden der Diagnose 305

n = 2184	Männer		Frauen	
	abs.	%	abs.	%
HWS	389	52.3	1024	71.1
LWS	355	47.7	415	28.9

Chi^2 = 75.30084; DF = 1; Signifikanzniveau = .0000

Weitere signifikante Unterschiede stellten sich im Zusammenhang mit dem Familienstand und der Anzahl der im Haushalt betreuten

Personen (Diagnose 728) heraus: Ledige und geschieden/getrennt Lebende gaben wesentlich häufiger HWS-Beschwerden an. Für Verheiratete waren die LWS-Beschwerden relativ typischer, ebenso für Personen mit zwei und mit mehr als zwei Kindern.
Die Verteilung nach Wohnbereichen und den WS-Beschwerden ergab für die Diagnose 305 keine Differenzen.
Bei Kurteilnehmern der Diagnose 728 überwiegen zwar generell die HWS-Beschwerden, anteilmäßig stärker rekrutieren sie sich aus belastungsgeprägten Bundesländern und den Stadtstaaten.
Bei Probanden aus mehr ländlichen Bundesländern (Bayern, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hessen) herrscht die LWS-Symptomatik vor.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Ortsgrößen bestätigen weitgehend die Tendenz zu LWS-Beschwerden in ländlich geprägten Wohnbereichen. Versicherte aus Orten mit höheren Einwohnerzahlen weisen einen deutlich höheren Prozentsatz an HWS-Beschwerden auf.

Angehörige aller Berufsgruppen klagen vorwiegend über HWS-Beschwerden; bei Arbeitslosen, Selbständigen und Angestellten außerhalb des öffentlichen Dienstes deutet sich eine leichte Verschiebung der Beschwerdesymptomatik in den LWS-Bereich an.

Für die Diagnose 305 wurde kein Zusammenhang zwischen den Berufsgruppen und der Ortung der Wirbelsäulenbeschwerden gefunden.

Bei Arbeitsunfähigkeitszeiten von zwei Monaten und länger klagen Teilnehmer der Diagnose 728 mehr über LWS-Beschwerden (vgl. Tabelle 41 und Tabelle 42).

Tabelle 41: Verteilung der WS-Beschwerden der AU-Zeiten von Kurteilnehmern der Diagnose 728

n=4425	nicht AU		bis 1 Mon.AU		1-2 Mon.AU		2 Mon.u.läng.AU	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
HWS	1888	60.9	450	61.9	176	64.5	176	54.0
LWS	1211	39.1	277	38.1	97	35.5	150	46.0

Chi^2 = 8.27615; DF = 3; Signifikanzniveau = .0406

Tabelle 42: Verteilung der WS-Beschwerden nach den Kriterien der AU-Zeiten von Kurteilnehmern der Diagnose 305

n=2132	nicht AU		bis 1 Mon.AU		1-2 Mon.AU		2 Mon.u.läng.AU	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
HWS	881	62.4	291	71.0	127	69.8	86	66.7
LWS	530	37.6	119	29.0	55	30.2	43	33.3

Chi^2 = 12.48440; DF = 3; Signifikanzniveau = .0059

3.4.2.2 Sonstige Beschwerdesymptomatik

Die hier erfaßten Befindlichkeitsstörungen können Ausdruck psychosomatischen Krankseins darstellen, aber auch Symptome körperlicher Erkrankungen bedeuten, wie z.B. Schwindel oder Kopfschmerzen bei der Hypertonie. Sie können sich zu der Symptomatik der zu untersuchenden Diagnosen gesellen und so zusätzlich diese Beschwerden verstärken.

Die einzelnen Beschwerden waren wie folgt verteilt:

	728 (n=4550)		305 (n=3431)	
	abs.	%	abs.	%
1. Schwindel	867	19.5	1004	29.3
2. Kopfschmerzen	684	15.0	292	8.5
3. Erschöpfung	561	12.3	511	14.9
4. Herzklopfen	406	8.9	455	13.3
5. Schlafstörungen	345	7.6	389	11.3
6. Unruhegefühl	323	7.1	400	11.7
7. Sonstige Störungen	318	7.0	231	6.7
8. Müdigkeit	121	2.7	134	3.9
9. "ohne Beschwerden"	905	19.9	15	0.4

Probanden beider Diagnosegruppen klagen in erster Linie über Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpfung und Herzklopfen.

Nach Alter ergaben sich jedoch folgende Unterschiede: von den 55jährigen und Älteren wird das Herzklopfen vermehrt hervorgehoben, bei den Jüngeren (16 - 34 Jahre) steht eher das Unruhegefühl im Vordergrund.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht wesentlich in ihrer Beschwerdesymptomatik. Vordergründig für beide Geschlechter sind es Schwindel und Kopfschmerzen und für jene der Diagnose 305 zusätzlich das Herzklopfen. Signifikant häufiger als andere Gruppen leiden geschieden/getrennt Lebende und Verwitwete (Diagnose 305) an Schlafstörungen.

Keine Unterschiede in der Verteilung der Beschwerdesymptomatik konnte nach regionalen Faktoren festgestellt werden.

Auch die Zusammenhänge zwischen der beruflichen Situation und der Beschwerdesymptomatik beschränken sich nur auf die Arbeit vor Antragstellung (305 sign. = .0021). Schichtarbeitern machen relativ häufiger Schlafstörungen zu schaffen, Teilzeitbeschäftigten und Arbeitslosen darüber hinaus das Herzklopfen.

3.5 Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von G.M.

Unter dieser Variablen wurden Einflußgrößen bzw. Verhaltensweisen erfaßt, die ein Risiko für die Gesundheit darstellen und zur Vermehrung eines Krankheitsrisikos beitragen können (negatives Gesundheitsverhalten).

Aus den ärztlichen Unterlagen (Gutachten, Entlassungsbericht) konnten die Angaben entnommen werden über:

1. Nikotinkonsum
2. Alkoholkonsum
3. Ernährungszustand
4. Psychopharmakakonsum[1)]

---

1) Der Psychopharmagebrauch kann nicht nur als Kriterium für "negatives Gesundheitsverhalten" gewertet werden. In der Regel stellt die Psychopharmakatherapie mit die Hauptbehandlungsmöglichkeit der zu untersuchenden Diagnosen dar.

Inwieweit Nikotinkonsum, Alkoholkonsum, übermäßige Ernährung und Psychopharmakagebrauch Anzeichen von Konfliktsituationen sein könnten, wird im Rahmen der vorliegenden Studie nicht zu beantworten sein.

3.5.1 Nikotinkonsum

Die Ergebnisse zeigen folgende Verteilung der Raucher bzw. der Nichtraucher auf die beiden Diagnosen:

	728	305
	%	%
1. Raucher	22.1	24.3
2. Nichtraucher	74.8	72.6
3. keine Angaben	3.1	3.1

Die Mehrheit der Kurteilnehmer setzt sich aus Nichtrauchern zusammen.
Die Resultate konnten nicht belegen, daß Rauchen bei der Zuweisung zu G.M. eine Rolle spielt.
Nichtraucher scheinen aber intensivere Nutzer von Kurverfahren zu sein (vgl. Tabelle 43 und Tabelle 44).

Tabelle 43: Raucher und Nichtraucher der Diagnose 728 nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M.

n = 4411	bisher keine G.M.		1 G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Raucher	425	26.0	297	22.5	283	19.5
Nichtraucher	1210	74.0	1023	77.5	1170	80.5

Chi^2 = 21.91646; DF = 3; Signifikanzniveau = .0001

Tabelle 44: Raucher und Nichtraucher der Diagnose 305 nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M.

n = 3324	bisher keine G.M.		1 G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Raucher	439	28.0	223	23.3	171	21.5
Nichtraucher	1130	72.0	733	76.7	626	78.5

Chi^2 = 14.81440; DF = 3; Signifikanzniveau = .0020

Es zeigte sich, daß Versicherte der Altersgruppe 45 - 54 Jhr. häufiger als andere zu den Rauchern gehören (vgl. Tabelle 45 und Tabelle 46).

Tabelle 45: Verteilung der Raucher und Nichtraucher nach Altersgruppen in der Diagnose 728

n = 4411	Raucher		Nichtraucher	
	abs.	%	abs.	%
16 - 34 Jahre	111	11.0	236	16.0
35 - 44 Jahre	211	21.0	749	22.0
45 - 54 Jahre	462	45.9	1507	44.3
55 und älter	223	22.1	912	26.8

Chi^2 = 23.88885; DF = 3; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 46: Verteilung der Raucher und Nichtraucher nach Altersgruppen in der Diagnose 305

n = 3324	Raucher		Nichtraucher	
	abs.	%	abs.	%
16 - 34 Jahre	238	28.5	473	19.0
35 - 44 Jahre	224	26.9	762	30.6
45 - 54 Jahre	272	32.6	928	37.3
55 und älter	100	12.0	327	13.1

Chi^2 = 33.92565; DF = 3; Signifikanzniveau = .0000

Frauen (Diagnose 728 - 57.1 %, Diagnose 305 - 54.6 %) gehören in stärkerem Maße als Männer zu Nikotinkonsumenten (Diagnose 728 - 42.9 %, Diagnose 305 - 45.5 %).

In beiden Diagnosegruppen scheinen Ledige und geschieden/getrennt Lebende häufiger zu rauchen und darüber hinaus Verwitwete der Diagnose 728.

Aus mehr ländlich strukturierten Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg) waren Raucher unter den Kurteilnehmern beider Diagnosen seltener anzutreffen als aus anderen Bundesländern. Hinsichtlich der regionalen Wohnbereiche stammen Raucher relativ häufiger aus der nördlichen Region.

Die Differenzen im Nikotinkonsum wurden nach den Ortsgrößen deutlich: Bei Personen aus Orten über 100.000 Einwohnern war das Rauchen eher verbreitet als bei jenen aus Ortschaften mit geringeren Einwohnerzahlen. Diejenigen aus Orten mit 0 - 4.999 Einwohnern scheinen am seltensten zu rauchen (728 sign. = .0085, 305 sign. = .0350).

Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen zählen Hausfrauen seltener zu den Rauchern.

Teilnehmer an G.M. der Diagnose 728 geben bei längeren AU-Zeiten das Rauchen seltener an (nicht AU - 41.4 %, 2 Monate und länger AU - 36.2 %); bei Probanden in der Diagnose 305 dagegen nahmen die Rauchgewohnheiten mit steigenden AU-Zeiten zu (nicht AU - 23.5 %, 2 Monate und länger AU - 30.9 %) (728 sign. = .0000, 305 sign. = .0060).

3.5.2 Alkoholkonsum[1)]

Zum Alkoholkonsum wurden folgende Angaben gemacht:

---

1) Alkohol gehört zu den ältesten Arzneimitteln und übt in niedriger Dosierung genossen, eine sedierende Wirkung aus.

	728	305
	%	%
1. Alkoholkonsum negierten	57.0	54.8
2. Alkoholkonsum bejahten	39.8	42.3
3. keine Angaben	3.2	2.9

Daraus geht hervor, daß mehr als die Hälfte der Teilnehmer an G.M. das Trinken von Alkohol verneinten.

Zwischen der Empfehlung zu Maßnahmen und dem Alkoholkonsum war für beide Diagnosen kein signifikanter Zusammenhang abzuleiten. Ebenfalls konnte kein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahmehäufigkeit von Maßnahmen und dem Alkoholtrinken für die Diagnose 728 festgestellt werden.
Dagegen wurde für die Diagnose 305 ermittelt, daß der Anteil von Alkoholkonsumenten bei Wiederholungsteilnehmern höher liegt (305 sign. = .0135).

In erster Linie gaben Versicherte der mittleren Altersgruppe (45 - 54 Jahre) den Alkoholkonsum zu, die jüngste Altersgruppe (16 - 34 Jahre) jedoch am seltensten (728 sign. = .0101). Männliche und weibliche Versicherte unterscheiden sich bezüglich des Alkoholtrinkens ganz wesentlich voneinander: Männer der Diagnosegruppe 728 geben in 58.7 % an, Alkohol zu konsumieren, Frauen dagegen nur in 31.4 % (728 sign. = 0).

In Abhängigkeit vom Familienstand konnte für beide Diagnosen festgestellt werden: Verheiratete bejahten das Trinken von Alkohol häufiger (728 sign. = .0001, 305 sign. = .0001). Bemerkenswert ist das Ergebnis im Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Anzahl der im Haushalt betreuten Personen. Teilnehmer an G.M. beider Diagnosen mit höherer Kinderzahl gaben das Trinken von Alkohol häufiger zu als diejenigen ohne Kinder (728 sign. = .0000, 305 sign. = .0015).

Signifikante Unterschiede nach Bundesländern gibt es für die Diagnose 728. Versicherte aus Baden-Württemberg bejahten das Trinken von Alkohol häufiger, weit häufiger als Personen aus Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen (728 sign. = .000).

Während Hausfrauen das Trinken von Alkohol seltener zugaben, scheinen offenbar Angehörige der übrigen Berufsgruppen mehr zum Konsum von Alkohol zu neigen (728 sign. = .0000, 305 sign. = .0000).

3.5.3 Ernährung

Nach Broca wird definiert, daß Übergewichtigkeit dann besteht, wenn das tatsächliche Gewicht die Norm um 10 % überschreitet; bei mehr als 30 % liegt Fettsucht vor. Das Normalgewicht nach dem Broca-Index beträgt Körpergröße in cm minus 100 (HUTH et al., 1978).

Die Verteilung des Ernährungszustandes in beiden Diagnosegruppen ist folgende:

	728 %	305 %
1. Normalgewichtigkeit	57.3	67.9
2. Übergewichtigkeit	41.4	27.9
3. Untergewichtigkeit	1.3	4.2

Der größte Teil der Partizipanten an G.M. hat ein Normalgewicht; doch waren immerhin 41.4 % in der Diagnose 728 und 27.9 % in der Diagnose 305 übergewichtig. Untergewichtig waren lediglich 1.3 % in der Diagnose 728 und 4.2 % in der Diagnose 305. Es zeigte sich auch hier, daß das Körpergewicht weder einen Einfluß auf die Eigenaktivität hat, Kurverfahren zu absolvieren, noch auf die Empfehlung zu G.M. durch den behandelnden Arzt.

Unter Wiederholungsteilnehmern von G.M. waren Übergewichtige relativ häufiger anzutreffen (vgl. Tabelle 47 und Tabelle 48).

Tabelle 47: Inanspruchnahmehäufigkeit von G.M. nach Ernährungszustand von Probanden der Diagnosegruppe 728

n = 4550	bisher keine G.M.		1 G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
normalgewichtig	1016	59.5	765	56.3	824	55.6
übergewichtig	656	38.4	582	42.8	643	43.5
untergewichtig	35	2.1	12	0.9	14	0.9

Chi^2 = 19.25137; DF = 6; Signifikanzniveau = .0038

Tabelle 48: Inanspruchnahme von G.M. nach Ernährungszustand von Probanden der Diagnosegruppe 305

n = 3427	bisher keine G.M.		1 G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
normalgewichtig	1127	69.1	653	66.7	545	66.9
übergewichtig	414	25.4	299	30.5	244	29.9
untergewichtig	90	5.5	27	2.8	26	3.2

Chi^2 = 22.21052; DF = 6; Signifikanzniveau = .0011

Keine signifikanten Unterschiede wurden zwischen den demographischen Faktoren und dem Körpergewicht in der Diagnosegruppe 728 gefunden.

Dagegen konnte für die Diagnose 305 belegt werden, daß in der Altersgruppe 45 - 54 Jhr. Übergewichtige am stärksten vertreten sind; in der jüngsten Altersgruppe (16 - 34 Jhr.) zählen immerhin 10 % zu den Übergewichtigen. Untergewichtige waren am häufigsten in der jüngsten Altersgruppe (16 - 34 Jhr.) zu finden (vgl. Tabelle 49).

Tabelle 49: Verteilung des Körpergewichtes von Probanden der Diagnose 305 nach Alter

n = 3427	normalgewichtig		übergewichtig		untergewichtig	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
16 - 34 Jhr.	558	24.0	97	10.0	72	50.3
35 - 44 Jhr.	722	31.0	264	27.6	36	25.2
45 - 54 Jhr.	775	33.3	445	46.5	21	14.7
55 u. älter	271	11.7	152	15.9	14	9.8

Chi^2 = 186.92995; DF = 6; Signifikanzniveau = 0

Signifikant häufiger weisen Männer eine Übergewichtigkeit auf (Diagnose 305 - 32.7 %), Frauen nur in 24.7 %. Die Untergewichtigkeit ist dagegen bei Frauen stärker anzutreffen (5.3 %) als bei Männern (2.4 %).
Verheiratete und Verwitwete hingegen heben sich ganz deutlich durch Übergewichtigkeit von den Ledigen und geschieden/getrennt Lebenden ab. Unter Ledigen und geschieden/getrennt Lebenden war Untergewichtigkeit öfter zu finden (728 sign. = .0001, 305 sign. = .0000).

Die berufliche Situation kann in Bezug auf die Übergewichtigkeit beider Diagnosegruppen nur tendenziell gewertet werden: bei Hausfrauen, Angestellten im öffentlichen Dienst und anderen Angestellten ist eher eine Übergewichtigkeit festzustellen, eine Untergewichtigkeit jedoch am stärksten bei Arbeitslosen. Nichtarbeitsunfähige Teilnehmer lassen ein Abweichen ihres Körpergewichtes lediglich in Richtung des Übergewichtes erkennen. Versicherte mit länger als zwei Monaten bestehender AU neigen zur Untergewichtigkeit (vgl. Tabelle 50).

Tabelle 50: Verteilung des Körpergewichtes bei Kurteilnehmern der Diagnose 305 nach den Kriterien der AU-Dauer

n = 3355	normalgewichtig		übergewichtig		untergewichtig	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
nicht AU	1499	65.9	655	69.7	92	65.7
bis 1 Mon. AU	461	20.3	155	16.5	27	19.3
1 - 2 Mon. AU	189	8.3	69	7.3	7	5.0
2 Mon. u. läng. AU	126	5.5	61	6.5	14	10.0

Chi^2 = 13.67126; DF = 6; Signifikanzniveau = .0335

3.5.4 Psychopharmakonsum

Es war auffällig, daß von den Teilnehmern an G.M. unseres Samples überwiegend Tranquilizer eingenommen wurden, wie Librax, Limbatril, Adumbran und Valium. Die Tranquilizer zählen heute zu den meist verordneten Substanzklassen in der Bundesrepublik und in anderen Ländern der westlichen Welt (MÜLLER, 1973).

Die Verteilung der Psychopharmakaeinnahme auf beide Diagnosegruppen:

	728	305
	%	%
1. keine Psychopharmakaeinnahme	62.8	41.9
2. Psychopharmakaeinnahme	24.5	41.2
3. keine Angaben	12.7	16.9

Durch die Resultate war nicht zu belegen, daß die Psychopharmakaeinnahme mit der Vermittlung zu Kuren im Zusammenhang steht.

Der Anteil der Psychopharmakakonsumenten liegt bei Wiederholungsteilnehmern etwas höher als bei Personen, die bisher an keiner Maßnahme teilgenommen haben (vgl. Tabelle 51 und Tabelle 52).

Tabelle 51: Häufigkeit der Kurteilnahme nach Psychopharmakakonsum (Diagnose 728)

n = 3972	bisher keine G.M.		1 G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Psychopharmakakonsumenten	357	24.5	356	30.2	402	30.1
keine Psychopharmakakonsumenten	1100	75.5	822	69.8	932	69.9

Chi^2 = 15.87067; DF = 3; Signifikanzniveau = .0012

Tabelle 52: Häufigkeit der Kurteilnehmer nach Psychopharmakakonsum (Diagnose 305)

n = 2853	bisher keine G.M.		1 G.M.		mehr als 1 G.M.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Psychopharmakakonsumenten	640	47.4	400	49.4	372	53.8
keine Psychopharmakakonsumenten	710	52.6	410	50.6	319	46.2

Chi^2 = 9.59988; DF = 3; Signifikanzniveau = .0223

Es zeigte sich, daß Personen (Diagnose 728) der höheren Altersgruppen (55 +, 45 - 54 Jahre) am häufigsten zu den Konsumenten der Psychopharmaka gehören, die jüngste Altersgruppe (16 bis 34 Jahre) jedoch am seltensten.

Männer und Frauen der Diagnosegruppe 728 unterscheiden sich in der Einnahme dieser Medikamente ganz wesentlich voneinander: etwa drei Viertel der weiblichen Teilnehmer (73.7 %) nehmen Psychopharmaka ein, aber nur ca. ein Viertel der männlichen (26.3 %) (728 sign. = .0000).

In erster Linie gehören Verwitwete und geschieden/getrennt Lebende der Diagnose 305 zu den Verbrauchern dieser Medikamente, Ledige hingegen relativ selten (305 sign. = .0364).

Unter Berücksichtigung der einzelnen Berufsgruppen konnte festgestellt werden, daß Selbständige, Arbeitslose und Hausfrauen zu einem größeren Anteil als andere die Psychopharmakaeinnahme zugeben; Schichtarbeitende scheinen diese Medikamente seltener einzunehmen.

Bei Personen, die höhere AU-Zeiten aufweisen, ist anscheinend die Einnahme von Psychopharmaka gebräuchlicher (nicht AU - 26.9 %, 2 Monate und länger AU - 38.3 %; 728 sign. = .0001).

3.6 Einflußfaktoren auf die Zuweisung der Behandlungsarten während der Durchführung von G.M.

3.6.1 Behandlungsart I

Es zeigte sich, daß Teilnehmer der Diagnose 728 in 93.2 % in den Genuß der kombinierten Behandlungsform kamen, 4.3 % wurden der einfachen Behandlung zugeführt und 2.5 % erhielten keine dieser Behandlungsarten.

Bei Teilnehmern der Diagnose 305 wurde gleichermaßen das kombinierte Behandlungsverfahren überwiegend angewandt, bei 89.2 % der Versicherten, 8.6 % der Probanden erhielten die einfache Behandlung und bei 2.2 % kam keine dieser Behandlungsformen zum Einsatz.

Von den demographischen Variablen standen lediglich das Geschlecht und die Anzahl der im Haushalt betreuten Personen in signifikanter Beziehung zur Behandlungsart I. Weibliche Probanden erhielten prozentual häufiger die kombinierte Behandlungsmethode, männliche wurden mehr der einfachen Therapie zugeführt (305 sign. = .0000).
Bei Kurteilnehmern mit einem Kind beider Diagnosegruppen wurde in erster Linie die kombinierte Therapieform benutzt, bei Personen mit zwei und mit mehr als zwei Kindern kam dagegen eher die einfache Behandlung zum Einsatz (728 sign. = .0058, 305 sign. = .0001).

Zwischen den regionalen Faktoren und der Wahl der Behandlungsart I waren für beide Diagnosen keine Zusammenhänge nachzuweisen.

Von den Faktoren der beruflichen Situation scheint lediglich die Variable Arbeit vor Antragstellung im Zusammenhang mit der Behandlungsart I zu stehen.

Bei Arbeitslosen der Diagnose 728 kamen in 46.4 % und bei denen der Diagnose 305 in 53.6 % keine der beiden Behandlungsmöglichkeiten zum Zuge. Sie wurden eher der Behandlungsart II zugeführt (vgl. weiter unten: 3.6.2). Während die Beschäftigten aller Berufsgruppen - wie schon vermerkt - in erster Linie mit kombinierten Verfahren behandelt wurden, ist die Anwendung der einfachen Behandlungsform bei Schichtarbeitern und Hausfrauen beider Diagnosen etwas häufiger (728 sign. = 0, 305 sign. = 0).

Zwischen den Herz/Kreislauferkrankungen (beide Diagnosegruppen), den Blutdruckmeßwerten (Diagnose 728) sowie den sonstigen Volkskrankheiten (Diagnose 728) neben den Hauptdiagnosen und der Wahl der Behandlungsart I gibt es keine Zusammenhänge.

Dagegen stellte sich für die Gruppe der Diagnose 305 heraus, daß bei Teilnehmern mit hypotonen Blutdruckwerten, beim Diabetes mellitus und bei rheumatischen und sonstigen Begleiterkrankungen etwas häufiger die einfache Behandlungsform vorgezogen wurde (305 sign. d. Blutdrucks = .0292, 305 sign. der sonst. Volkskrankheiten = 0.0005).

Keinen Einfluß scheinen die Beschwerden des Bewegungsapparates auf die Wahl der Behandlungsart I auszuüben. Das trifft auch für Versicherte der Diagnose 728 für den gleichen Beschwerdekomplex zu.

So wurde auch der Mehrzahl der Teilnehmer der Diagnose 305 mit der Beschwerdesymptomatik, wie z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen die kombinierte Therapie zuteil. Doch wurden diejenigen, die über Müdigkeitsgefühl, Unruhe und sonstige Störungen klagten, mehr der einfachen Behandlung zugeführt (305 sign. = .0026).

Die Wahl der Behandlungsart I steht anscheinend in signifikanter Beziehung zum Gesundheitsverhalten; zumindest scheint bei Konsumenten von Psychopharmaka prozentual häufiger die einfache Behandlung zum Einsatz zu kommen (305 sign. = .0110).

3.6.2 Behandlungsart II

72.6 % der Versicherten der Diagnose 728 wurden mit Diät und Medikamenten versorgt, 10.2 % mit psychotherapeutischen Behandlungsverfahren betreut und bei 17.2 % kam keine dieser Therapiearten zur Anwendung.

Die Probanden der Diagnose 305 wurden stärker in psychotherapeutische Behandlungsprogramme einbezogen, und zwar 29.8 %, dagegen wurden nur 57.5 % mit Diät und Medikamenten behandelt, 12.7 % wurden keiner dieser Behandlungsarten zugeführt.

Generell wurden die Partizipanten beider Diagnosen durch Diät und Medikamente behandelt; nur 10.2 % der Diagnose 728, aber immerhin 29.8 % der Diagnose 305 wurden in Kombination mit psychotherapeutischen Maßnahmen betreut.

Beim Vergleich der Altersgruppen zeigt sich, daß die psychotherapeutischen Methoden insbesondere zugunsten der jüngeren Teilnehmer ihre Anwendung finden (vgl. Tabelle 53 und Tabelle 54).

Tabelle 53: Anwendung der Behandlungsart II in einzelnen Altersgruppen von Probanden mit der Diagnose 728

n = 4452	16-34 Jhr.		35-44 Jhr.		45-54 Jhr.		55 +	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Diät/Medikamente	227	64.1	658	67.1	1484	74.6	865	76.6
Psycho./Kombin.	44	12.4	107	10.9	211	10.6	94	8.3
keine Therapie	83	23.5	215	21.9	294	14.8	170	15.1

Chi^2 = 48.26465; DF = 6; Signifikanzniveau = .0000

Tabelle 54: Anwendung der Behandlungsart II in einzelnen Altersgruppen von Probanden mit der Diagnose 305

n = 3365	16-34 Jhr.		35-44 Jhr.		45-54 Jhr.		55 +	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Diät/Medikamente	378	52.6	558	55.7	709	58.4	291	67.7
Psycho./Kombin.	245	34.0	309	30.8	356	29.3	93	21.6
keine Therapie	96	13.4	135	13.5	149	12.3	46	10.7

Chi^2 = 28.25671; DF = 6; Signifikanzniveau = .0001

Für die Teilnehmer der Diagnose 728 konnte folgendes festgestellt werden: bei Frauen, bei geschieden/getrennt Lebenden, bei Verwitweten und bei Versicherten mit ein und zwei Kindern kommt relativ häufiger die kombinierte Behandlung, also auch die Psychotherapie, zur Anwendung (728 sign. = .0001).

Kurteilnehmer der beiden Diagnosegruppen aus allen Bundesländern wurden in erster Linie durch Diät und Medikamente versorgt. Es ergaben sich keine eindeutigen Hinweise darauf, daß Probanden aus durch mehr Belastungsfaktoren geprägten Bundesländern und aus den Stadtstaaten eher in den Genuß psychotherapeutischer Behandlungsweisen gekommen sind.
Für die regionalen Wohnbereiche und die Ortsgrößen wurden keine Zusammenhänge ermittelt.

Selbständige, Arbeitslose und Hausfrauen (Diagnose 728) wurden in einem größeren Prozentsatz psychotherapeutisch behandelt (728 sign. = .0253).
Ebenso sind Schichtarbeitausübende, Arbeitslose und Hausfrauen der Diagnose 305 eher dieser Behandlungsweise zugeführt worden (305 sign. = .0007).
Ganztagsbeschäftigte wurden am seltensten an psychotherapeutischen Behandlungen beteiligt.
Versicherte der Diagnose 728 mit AU-Zeiten bis zu zwei Monaten weisen in einem höheren Maße die Anwendung einer psychotherapeutischen Behandlung auf (728 sign. = .0004).
Die Ergebnisse für Partizipanten der Diagnose 305 bestätigen die

Tendenz zu häufigerer Anwendung dieser Methoden mit steigenden AU-Zeiten (vgl. Tabelle 55).

Tabelle 55: Anwendung der Behandlungsart II nach den Kriterien der AU-Zeiten bei Probanden der Diagnose 305

n = 3359	nicht AU		bis 1 Mon. AU		1-2 Mon. AU		2 Mon. u. länger AU	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Diät/Medikamente	1330	59.1	355	55.2	144	54.4	101	50.0
Psych./Kombin.	630	28.0	206	32.4	87	32.8	78	38.6
keine Therapie	289	12.9	80	12.4	34	12.8	23	11.4

Chi^2 = 14.296l0; DF = 6; Signifikanzniveau = .0265

Haben Versicherte neben den untersuchten Diagnosen eine Herz/Kreislauferkrankung oder hypertone Blutdruckwerte, so werden sie in der Regel medikamentös und diätetisch behandelt. Die Psychotherapie erlangt eher bei Personen ohne einen krankhaften Herz/Kreislaufbefund und bei denen mit hypotonen Blutdruckwerten an Bedeutung, wie auch bei jenen mit einer Bronchitis (beide Diagnosegruppen) und Stoffwechselerkrankungen.

Versicherten mit HWS-Beschwerden kamen eher als der Gruppe mit Beschwerden im LWS-Bereich psychotherapeutische Verfahrensweisen zugute (728 sign. = .0113, 305 sign. = .0471).

Zwischen der Behandlungsart II und der Beschwerdesymptomatik neben der Diagnose 728 konnte keine Beziehung gefunden werden. Anders verhält es sich bei der Diagnose 305: hier stehen Beschwerden, wie Erschöpfung, Herzklopfen und Schwindel im Zusammenhang mit häufigerem Einsatz psychotherapeutischer Methoden (305 sign. = .0026).

Zwischen den Rauchgewohnheiten und der Behandlungsart II (Diagnose 728) ergab sich kein Zusammenhang. Aber Nichtraucher der Diagnose 305 wurden psychotherapeutischen Verfahren relativ häufiger zugeführt (305 sign. = .0184). Ähnliches traf für den Alkoholkonsum zu: bei Nichttrinkern scheint die Anwendung psycho-

therapeutischer Programme relativ gebräuchlicher zu sein als bei Alkoholkonsumenten (728 sign. = .0015). Übergewichtige in der Diagnosegruppe 305 werden psychotherapeutischen Verfahren relativ häufiger zugeführt als diejenigen in der Diagnosegruppe 728 (305 sign. = .0004).

Bei Konsumenten von Psychopharmaka der Diagnose 728 und bei Nichtkonsumenten derartiger Medikamente der Diagnose 305 kamen öfter psychotherapeutische Konzepte zur Anwendung.

4. Diskussion

Die Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen (Kuren) ist sehr umstritten. Die Tatsache jedoch, daß "Präventions"- und Rehabilitationsmaßnahmen überhaupt durchgeführt werden und von den Versicherungsträgern mit an die erste Stelle ihres Leistungskataloges gestellt wurden - wie es das Neuregelungsgesetz von 1957 festhält als Prämisse, daß Rehabilitation vor Rente geht -, ist von großer Bedeutung (WANNENWETSCH, 1979).

Die Kritik an den Gesundheitsmaßnahmen richtet sich einerseits gegen diese selbst, andererseits gegen den Auswahlmodus. Im Kreuzfeuer der kritischen Äußerungen steht die "unkritische Gewährung" von Kurmaßnahmen (insbesondere für Angestellte im öffentlichen Dienst) und die Kur allgemein, die von der Öffentlichkeit als Erholungsaufenthalt angesehen wird.. Viele Versicherte sind der Meinung, ihnen stünde jedes zweite Jahr (ab 01.01.1983 alle drei Jahre) eine Kur zu, da Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet werden und so eine "Erholung" immer gut für sie sei (WANNENWETSCH, 1977).

Den behandelnden Ärzten wird vorgehalten, Kuren allzu kritiklos zu verordnen, eine Kurbedürftigkeit bei geringfügigen Befindensstörungen zu attestieren und Problempatienten in die Kurkliniken "abzuschieben", obwohl ambulante Therapiekonzepte noch nicht voll ausgeschöpft sind (LABERKE, 1979). Für diejenigen, die Kuren wirklich benötigen, scheinen Gesundheitsmaßnahmen eine hervorragende Einrichtung zu sein.

Die Kurkliniken ihrerseits haben eine hohe medizinische Qualität erreicht. Sie haben sich dem Panoramawandel im Krankheitsgeschehen angepaßt, da sie ihren Schwerpunkt in der Behandlung verhaltensabhängiger Krankheiten durch Risikofaktoren mit einem chronischen Verlauf sehen (ENDRES, 1980). Die heutige Kur ist über die Badekur alter Prägung hinausgewachsen und das gewandelte Krankheitsgeschehen mit dem Ursachenkomplex Bewegungsmangel, Überernährung, Genußmittelmißbrauch und überfordernder Streß, wird durch neue Therapieformen angegangen. Die Kurkliniken setzen Prioritäten in gesundheitserzieherischen und verhal-

tenstherapeutischen Methoden und versuchen, durch Informationen eigenständige Hilfen anzubieten, um so die Aussicht auf einen Rehabilitationserfolg zu steigern. Das setzt einen lernfähigen und lernwilligen Kurteilnehmer voraus. Eine so verstandene Kurbehandlung ermöglicht besonders das Eingehen auf die individuelle Persönlichkeit des Kurpatienten und kann durch diese verhaltensbeeinflussende Note auch über den Kuraufenthalt hinaus wirksam werden (PAUL, 1981).

Die Meinungen über die Effizienz von G.M. sind unterschiedlich; einige bejahen diese, andere bezweifeln eindeutige oder anhaltende Kurerfolge. Es gibt wenige Untersuchungen, die fundiert diese divergierenden Meinungen belegen. Hierzu wären Kosten-Nutzen-Analysen von großer Wichtigkeit. Doch diese durchzuführen ist insofern schwierig, da sich die Besserung von Befindlichkeitsstörungen und die Anhebung der Lebensqualitäten nur schwer quantifizieren lassen.

Zu statistischen Untersuchungen, die die Effektivität von Kurverfahren herauszustellen versuchen, gehören Analysen von Krankheitsdauer, Krankheitshäufigkeit vor und nach Beendigung einer Kurmaßnahme, Leistungsfunktionsteste sowie Medikamentenverbrauch vor und nach Kurverfahren (ASCHOFF, SCHABACKER, 1977; REST, 1980).

Laberke und Mitarbeiter möchten bei einem Drittel von Kurteilnehmern gewisse Erfolge bejahen (LABERKE, 1979). Andere Untersucher fanden bei Nachuntersuchungen bei Probanden drei Jahre nach absolvierten Maßnahmen wegen Stoffwechselerkrankungen eine eindeutige Besserung, die sich vor allem im Fettstoffwechsel, im Purinkatabolismus, aber auch im Gewicht zeigte (EWALD, WIDMANN, 1982).

Nicht nur eine gezielte Kurbehandlung, sondern die gesamte Kursituation kann schon positive Auswirkungen für den Versicherten haben (ASCHOFF, SCHABACKER, 1977). Bereits der Freizeit- und Urlaubseffekt führt bei den meisten Menschen zu einer Entspannung (HAMMON, 1981; PAUL, 1975).
Dazu tragen landschaftlich reizvolle Gegenden und der Wegfall

von Belastungen durch Beruf und Familie bei. Die Versorgungssituation in den Kurkliniken hilft, das Selbstwertgefühl zu heben. "Jede Kurklinik erfüllt dabei eine Mutter- und Schutzfunktion, so daß sich der Versicherte hier geborgen fühlt und sich in seinem Schutzraum erholen kann." (HAMMON, 1981, S. 120) Die seelische Rehabilitation, die Wiedergewinnung von Selbstachtung und Selbstwertgefühl spielen eine ausschlaggebende Rolle und tragen damit weitgehend zur Effizienz von Gesundheitsmaßnahmen bei (BORELLI, DÜNGEMANN, S. 15).

Anhand der erhaltenden Resultate konnte gezeigt werden, daß der behandelnde Arzt in der Empfehlung zu Kurmaßnahmen eine Schlüsselposition einnimmt. Der eigene Wunsch, zu Kuren zu gelangen, stand weitgehend im Hintergrund, ebenso wie die Zuweisung zu G.M. durch andere Instanzen (z.B. Arbeitsämter, Krankenkassen). Aus den vorhandenen Unterlagen war allerdings nicht zu entnehmen, inwieweit sich der Eigenwunsch, zu Kuren zu gelangen, hinter der Empfehlung des behandelnden Arztes verbirgt. Nach der Praxiserfahrung scheint er nicht unbedeutend zu sein.

Wir konnten belegen, daß signifikante regionale Unterschiede in der Inanspruchnahmehäufigkeit von Kurverfahren bestehen: in erster Linie determiniert durch die Ortsgrößeklassen.
Betrachtet man, wie häufig Versicherte ein- oder mehrmals eine G.M. in Anspruch genommen haben, so ergeben sich in Bezug auf Bundesländer und regionale Wohnbezirke keine eindeutigen Tendenzen, die die Hypothese bestätigen würden, daß Partizipanten aus durch mehr Belastungsfaktoren geprägten Wohngegenden Maßnahmen intensiver nutzen. Die Annahme, daß sich unterschiedliche Wohnqualitäten, determiniert durch die differente Bevölkerungsdichte, die bioklimatischen Zonen, die Industriebelastung und mangelnde Naherholungsmöglichkeiten, in einer häufigeren Nutzung von G.M. niederschlagen könnten, scheint sich nicht bestätigt zu haben. Die gewählten Kriterien, Bundesland und regionaler Wohnbereich scheinen nicht differenziert genug zu sein, um daraus Unterschiede in der Inanspruchnahme von Kurmaßnahmen ableiten zu können.
Lediglich Probanden aus Berlin nehmen eine Sonderstellung ein: sie haben Kuren häufiger wahrgenommen. Das dürfte einerseits

auf die Präsenz der BfA in Berlin zurückzuführen sein, zum anderen auf das Defizit an Naherholungszielen infolge des fehlenden Umlandes. Hinzu kommt, daß sich Angestellte im öffentlichen Dienst außergewöhnlich häufig an Kurverfahren beteiligten, wie es für Angestellte im öffentlichen Dienst aus größeren Orten gleichermaßen belegt werden konnte. Das ist schon dadurch bedingt, daß in Berlin und in größeren Orten besonders viele öffentliche Einrichtungen und Verwaltungsorgane vorhanden sind.

Das Aufteilungsschema in Bundesländer und in regionale Bereiche anhand des Postleitzahlensystems (vgl. Anlage 10) war offensichtlich zu grob, um Wohnqualitäten zu unterscheiden. In den meisten Bundesländern und in den Regionen gibt es neben hochindustriellen Ballungszentren ländliche Gegenden. Wie das Beispiel von Nordrhein-Westfalen zeigt, stellen das Münsterland und der Westerwald ausgezeichnete Erholungsgebiete dar.[1)]
Um die Frage nach dem Einfluß regionaler Unterschiede auf die Nutzung von G.M. befriedigend beantworten zu können, hätte es einer präziseren Differenzierung von Regionen bedurft. Regionale Faktoren spielen für die Nutzung von G.M. offensichtlich doch eine Rolle, wie es für die Ortsgrößen aufgezeigt werden konnte.

Es wurde festgestellt, daß mit zunehmender Einwohnerzahl relativ häufiger Kuren in Anspruch genommen wurden. Offenbar stellt die Unterteilung nach Ortsgrößeklassen einen zuverlässigeren Indikator für Belastungsfaktoren dar. In vielen Untersuchungen wird darauf hingewiesen, daß die Prävalenzrate von Erkrankungen in Städten höher liegt als in dörflichen Gegenden mit starkem Gemeindeleben (SIEDE, 1974). Ursachen werden in einer inadäquaten Freizeitgestaltung der Städter, im Bewegungsmangel, in der Luftverschmutzung und in der Lärmbelästigung gesucht (GERFELDT, 1970; BAKÁCS, 1974). Bewohner von Stadtstaaten und größeren Orten sind negativen Einflußfaktoren weit mehr ausgesetzt als diejenigen aus kleineren Ortschaften, allein schon, was die Bevölkerungsdichte und die Naherholungsmöglichkeiten anbelangt (PETZELT, 1974). Erhebungen einer psychosomatischen Kurklinik

---

1) Viele anerkannte Badeorte, wie Bad Oeynhausen und Bad Salzuflen, liegen in reizvollen und idyllischen Landschaftsstrichen gerade dieses Bundeslandes.

ergaben, daß die Mehrheit der Probanden aus größeren Orten stammt, und ein hoher Anteil von Berliner Versicherten unter den Kurteilnehmern zu finden war (MENTZEL, 1977). Zum anderen konnte auch aufgezeigt werden, daß mit der Größe der Wohnorte der Anteil von Problemgruppen, z.B. Ledige, geschieden/getrennt Lebende und Verwitwete, an den G.M.-Partizipanten ansteigt. In der schon erwähnten Untersuchung (MENTZEL, 1977) stellte man fest, daß Ledige und Geschiedene etwa die Hälfte der Kurteilnehmer ausmachen.
Darüber hinaus scheinen in größeren Orten andere Muster des Gesundheitsverhaltens vorzuherrschen.[1)]
Immerhin hat die Hälfte der Kurteilnehmer aus kleineren Ortschaften noch keine Kur in Anspruch genommen und mehr als ein Viertel nur eine einzige absolviert. Bei Orten von über 20.000 Einwohnern zeigt sich ein signifikantes Ansteigen jener Partizipanten, die an mehreren Maßnahmen teilgenommen haben.

Dieser festgestellten Beziehung kommt eine neue Bedeutung zu; eine ganze Reihe von Faktoren beeinflußt die Nutzung von G.M. in größeren Orten. Wir konnten belegen, daß sogenannte Problemgruppen (geschieden/getrennt Lebende, Verwitwete und Personen mit Begleiterkrankungen) relativ häufiger an Maßnahmen teilnehmen. Bekanntlich sind diese Teilnehmergruppen auch größeren Schwierigkeiten und Belastungen ausgesetzt und weisen eine höhere Prävalenzrate von Erkrankungen auf (Differenzierung siehe weiter unten).

Die Kurteilnehmer setzen sich überwiegend aus den mittleren Altersgruppen (35 - 44 Jhr., 45 - 54 Jhr.) zusammen. Die jüngste Altersgruppe (16 - 34 Jhr.) zeigte nur eine geringe Beteiligung. Das kann mit der geringen Prävalenz von Befindlichkeitsstörungen in dieser Altersgruppe zusammenhängen. Nur selten erscheinen Kurmaßnahmen erforderlich.
Die 55jährigen und Älteren waren unter den Partizipanten unterrepräsentiert. Für Ältere scheinen im Zugang zu Kuren offenbar Barrieren zu bestehen.

---

1) Nikotinkonsumenten sind beispielsweise unter den Kurteilnehmern aus größeren Orten relativ häufiger anzutreffen als aus kleineren Ortschaften.

Möglicherweise werden sie von den behandelnden Ärzten seltener zu Kuren vermittelt. Unterschwellig könnte der Gedanke, ein weitverbreitetes Vorurteil, eine Rolle spielen, daß die Arbeitskraft Älterer nicht rehabilitierbar sei und sich die Anstrengungen zur Rückführung in den Produktionsprozeß nicht lohnen. Es ist auch denkbar, daß sich Ältere aus Angst vor dem Arbeitsplatzverlust in der Erlangung von Kurverfahren zurückhalten. Auf der anderen Seite wird vermutet (DIE KOSTEN HABEN SICH VERVIELFACHT, 1982), daß die konjunkturelle Lage keinen großen Einfluß auf das Inanspruchnahmeverhalten ausübt und daß auch in Zeiten betrieblicher Unterbelastung die Chance zu gesundheitlicher Überholung genutzt wird.

Innerhalb beider Diagnosegruppen verhalten sich Ältere in der Nutzung von Kuren unterschiedlich: in der Diagnose 728 wurden Maßnahmen eher in Anspruch genommen als in der Diagnose 305. Das könnte darauf zurückzuführen sein, daß die scheinbar geringfügigen Befindlichkeitsstörungen der Diagnose 305 leicht ein negatives Leistungsbild Älterer entstehen lassen. Das könnte als vorzeitiger Altersabbau interpretiert werden. Im Gegensatz zu "handfesten" Organerkrankungen, wie den Volkskrankheiten, die das Leben unmittelbar bedrohen und zum Tode führen können (LASER, 1978), könnten die Befindlichkeitsstörungen vermutlich als Bagatellerkrankungen angesehen werden.

Ähnliche signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme von G.M. bestanden zwischen beiden Diagnosegruppen bei Arbeitslosen und Personen in Ausbildung.
Wegen der Diagnose 728 wurden relativ häufiger Kuren in Anspruch genommen, auch Wiederholungsmaßnahmen, als wegen der Diagnose 305. Diese Differenzen könnten auf den Charakter der ausgewählten Diagnosen zurückzuführen sein. Die Diagnose 728 hat durch schmerzhafte Funktionseinschränkungen der Bewegungsorgane einen höheren Krankheitswert und rechtfertigt eher die Empfehlung zu G.M. als die unspezifischen Befindungsstörungen der Diagnose 305.

Die Teilnehmer der höheren Altersgruppen (45 - 54 Jhr., 55 +) rekrutieren sich relativ häufiger aus größeren Orten, die Jün-

geren mehr aus Ortschaften mit geringeren Einwohnerzahlen. Bei Älteren tragen Begleiterkrankungen, Begleitbeschwerden und das Gesundheitsverhalten zu einer intensiveren Teilnahme an G.M. bei. Vielleicht nehmen Ältere erst dann Kuren wahr, wenn sich ihre Beschwerdesymptomatik zuspitzt, oder wenn belastende Lebensumstände dazukommen.

In Bezug auf die Wohnbereiche konnten signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahmehäufigkeit von G.M. gefunden werden. Frauen überwiegen in allen Wohnbezirken. Im Vergleich der Bundesländer stammen sie in beiden Diagnosegruppen relativ häufiger aus den Stadtstaaten Berlin und Hamburg. Männer rekrutieren sich mehr aus ländlichen Bundesländern. In Hinblick auf Ortsgrößeklassen konnte das differente Verhalten weiblicher und männlicher Versicherter weitgehend bestätigt werden: Frauen stammen eher aus größeren Orten, Männer mehr aus kleineren Ortschaften.
Frauen aus größeren Orten scheinen in erster Linie über ihre Berufstätigkeit zu Maßnahmen zu gelangen. Das trifft sicher nicht für Frauen zu mit einer Doppelrolle, bei denen sich die Nachteile, die sich durch die Familiensituation ergeben, mit den Nachteilen der Berufsarbeit multiplizieren (OSTNER, 1978). Gerade bei diesen Frauen wird ein höherer Grad an Gesundheitsstörungen angenommen. Wegen der Versorgungsaufgaben gegenüber anderen Mitgliedern ist ihr Freistellen für mehrere Wochen aus ihrem Pflichtenkreis kaum möglich. Somit haben die gleichen Zugangschancen für diesen Personenkreis nur eine theoretische Bedeutung.
Eine Reihe von Untersuchungen belegt, daß Frauen mit einer Doppelfunktion keine gesundheitlichen Störungen aufweisen. "Betrachten berufstätige Frauen ihre Familie als Besitz, der sie zwar fordert aber beglückt? Wird die Doppelbelastung durch Beruf und Familie gar nicht als "Streß" empfunden? Kann die Frau in ihrer Doppelrolle Streß vielleicht ganz anders und viel besser kompensieren?" (BIENER, 1981).

Für das unterschiedliche Verhalten weiblicher und männlicher Probanden spielt nach unseren Resultaten der Familienstand und die Anzahl der im Haushalt betreuten Personen eine wichtige

Rolle. Hausfrauen und nicht berufstätige Mütter sind auf die Arbeit in Haus und Familie orientiert; sie prägen weitgehend das Familienleben. Hohe Kinderzahl und oft schlechte materielle Umstände können durch die Anforderungen zum "Hausfrauensyndrom" führen, auch wenn diese Gesundheitsstörung nicht generell für alle Hausfrauen charakteristisch ist (BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, 1979).

Verheiratete Probanden überwiegen in allen Wohnbereichen; das entspricht auch der Alterszusammensetzung der Kurteilnehmer. Tendenziell stammen sie bevorzugt aus Bundesländern ländlichen Charakters und aus kleineren Orten. Ledige rekrutieren sich mehr aus Orten über 100.000 Einwohner; für die Bundesländer konnten eindeutige Tendenzen nicht aufgezeigt werden.

Verglichen mit der Wohnbevölkerung nach Familienstand sind geschieden/getrennt Lebende und Verwitwete unter den Teilnehmern an G.M. überrepräsentiert. Möglicherweise spiegeln sich neben der Altersverteilung lebenseinschneidende Momente wie Tod des Ehemannes oder Trennung vom Lebenspartner als Belastungen wider, die zu Befindlichkeitsstörungen im Sinne der zu untersuchenden Diagnosen führen (UEXKÜLL, 1979). Bei alleinstehenden Frauen in Großstädten wird eine erhöhte Erkrankungsrate beschrieben, die mit durch Angst und Unsicherheit ausgelöst wird (KOESTER, 1970). Andererseits dürfte auch der Wunsch nach Kontakten und Geselligkeit die Teilnahme an Kurmaßnahmen mitbestimmen.

Es ist auffallend, daß solche "Risikogruppen" aus ländlichen Wohnbereichen und aus kleineren Orten seltener Kurmaßnahmen wahrnehmen. Das kann schon dadurch bedingt sein, daß ihr prozentualer Anteil, z.B. geschieden/getrennt Lebende, in diesen Gegenden geringer ist. Zum anderen könnten diese Probanden in ländlichen Wohnbezirken mehr in das Gemeindeleben integriert sein (KEUPP, 1974), so daß der Wunsch, an Kuren teilzunehmen, keine so große Bedeutung erlangt. Zum anderen könnten längere Anfahrtswege und Wartezeiten bei Arztbesuchen eine Rolle spielen (ABHOLZ, 1981, a).

Versicherte ohne Kinder aus größeren Orten beteiligen sich stärker an G.M., aus kleineren Ortschaften diejenigen mit Kindern. Anscheinend werden Maßnahmen erst dann wahrgenommen - aufgrund des Alters der Probanden - sobald Kinder aus dem Hause sind. Daß Versicherte mit Kindern aus kleineren Ortschaften eher die Chance von Maßnahmen nutzen, könnte darauf zurückzuführen sein, daß die Betreuung der Kinder in Abwesenheit der Eltern durch erweiterte Familien und Nachbarschaftshilfen günstiger einzustufen ist.

Da Männer aus ländlichen Gegenden eher G.M. in Anspruch nehmen, scheinen dort offensichtlich für Frauen (nicht berufstätige Mütter) geringere Chancen für eine Teilnahme an G.M. zu bestehen. Die Abwesenheit des Vaters spielt anscheinend für die Betreuungssituation der Kinder keine so große Rolle. Diese wird in erster Linie durch die Frau wahrgenommen. Frauen in ländlichen Gegenden sind traditionell schon mehr an das Haus gebunden. Es könnte auch ein Emanzipationsdefizit für Frauen im ländlichen Raum dafür verantwortlich sein (BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT, 1978). Außerdem ergeben sich für nicht berufstätige Frauen (Mütter) schon daraus Hinderungsgründe, daß die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Erhalt einer Kur nicht erfüllt sind.[1)]

Gibt es für Berufsgruppen, die stärkeren Belastungen ausgesetzt sind, eine häufigere Teilnahme an G.M.? Oder erweisen sich erhöhte Belastungen eher als Hinderungsgründe, an Kurverfahren teilzunehmen?

Die Hausfrauen unter den Kurteilnehmern gehören insbesondere der Altersgruppe 45 - 54 Jahre in beiden zu untersuchenden Kollektiven an. Im allgemeinen weisen Hausfrauen ungenügende Versicherungszeiten auf, so daß ihnen der Zugang zu Kuren ver-

---

1) 180 Monate sind Voraussetzung für den Erhalt einer Maßnahme; nach dem Reformgesetz von 1972 sind auch 60 Beitragsmonate ausreichend, wenn BU/EU zu befürchten ist, oder es müssen 6 Beiträge zur Rentenversicherung in den letzten 24 Monaten entrichtet worden sein.

sperrt bliebe, wenn nicht das Reformgesetz von 1972 ihnen die Möglichkeit eingeräumt hätte, die Chance von Maßnahmen zu nutzen.[1)]

Diese Möglichkeit, Kuren wahrzunehmen, wurde von den Hausfrauen auch genutzt. Sie zählen zu jenen Kurteilnehmern, die relativ öfter Wiederholungsmaßnahmen in Anspruch genommen haben. Der Grund dafür dürfte nicht allein in der Regelung durch das Gesetz von 1972 liegen. Die Hausfrauen gehören den höheren Altersgruppen an. Für sie entfallen weitgehend Versorgungsaufgaben durch die Kinderbetreuung. Für jüngere Frauen dagegen stellt die Versorgungssituation der Familienmitglieder einen Hinderungsfaktor dar für die Beteiligung an Maßnahmen. In erster Linie haben diese Frauen die Alltagskonflikte der Familie zu bewältigen; ihr Bedürfnis nach persönlicher Entfaltung muß in den Hintergrund gestellt werden.

Schon altersbedingt kann bei Hausfrauen eine höhere Prävalenzrate von Erkrankungen vermutet werden, die die Teilnahme an Maßnahmen erforderlich macht.

Wie die Resultate belegen, liegt bei ihnen neben den Grunddiagnosen, die zu G.M. führen, relativ häufiger eine Übergewichtigkeit und ein Diabetes vor sowie Blutdruckwerte, die von der Norm abweichen.

Anders verhält es sich bei Selbständigen. Sie - auch insgesamt stellen sie nur eine kleine Gruppe unter den Kurteilnehmern dar - zählen zu Versicherten, die Kuren am seltensten genutzt haben.
Aus Zeitmangel sind sie bestrebt, so lange wie nur möglich im Arbeitsprozeß zu bleiben. Offenbar nehmen sie Kuren erst dann in Anspruch, wenn schwerwiegende Gesundheitsstörungen ihnen zu

---

1) Das Reformgesetz von 1972 öffnete die Rentenversicherung auch für Selbständige und für Hausfrauen. Neben den Vorzügen der dynamischen Rente wurde vor allem die Möglichkeit der Prävention und der Rehabilitation schon nach 60 Beitragsmonaten bei zu befürchtender Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit in den Vordergrund gestellt (WANNENWETSCH, 1979; RAUSCHENBACH, 1982).

schaffen machen. Anscheinend bemühen sie sich dann noch eher, durch Eigenaktivität zu G.M. zu gelangen.

Die Schichtarbeiter unter den Partizipanten an G.M. bilden gleichermaßen nur eine kleine Gruppe. In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise, die bei ihnen einen hohen Grad von Gesundheitsstörungen hervorheben (KARMAUS, SCHIENSTOCK, 1979; KÖPPL, 1979; GABOR, 1984). Das ergibt sich aus der Tatsache, daß die unphysiologische Arbeit in der Nacht besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des Schichtarbeiters stellt. In erster Linie resultieren daraus Schlafstörungen, erhöhte "Nervosität", ein Müdigkeitsgefühl und Magenbeschwerden. Unsere Ergebnisse konnten belegen, daß die Kurteilnehmer aus den Reihen der Schichtarbeiter häufiger Stoffwechselerkrankungen und Schlafstörungen aufweisen.
Durch Schichtarbeit kommt es zu einer Einschränkung der sozialen Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern; gestört sind auch soziale Kontakte. Um diese nicht weiter zu gefährden, wäre es denkbar, daß eher auf Maßnahmen verzichtet wird. Anscheinend nehmen sie Kurmaßnahmen erst dann in Anspruch, wenn schwerwiegende Gesundheitsstörungen vorliegen; dann erschließen sie sich den Zugang zu Maßnahmen noch eher durch Eigenwunsch.

Auch Arbeitslose und Personen in Ausbildung sind unter den Kurteilnehmern unterrepräsentiert. Liegt es womöglich daran, daß sich diese soziale Gruppe durch die Gesellschaft diskriminiert fühlt und sie ihre Lage vor der Öffentlichkeit zu verheimlichen versucht (SCHIENSTOCK, 1979, S. 91)? Wie anfangs bereits beschrieben, nehmen Arbeitslose wegen der Diagnose 305 seltener an Kuren teil als wegen der Diagnose 728. Trotz der Vielzahl der Beschwerden, die für diese Gruppe beschrieben wird, scheinen im Zugang zu G.M. Barrieren zu bestehen. Unsere Resultate deuten darauf hin, daß arbeitslose Kurteilnehmer mehr als andere zu Alkohol- und Nikotinkonsumenten und zu Psychopharmakaverbrauchern zählen. Es wird beschrieben, daß Arbeitslose in erster Linie über Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Magenbeschwerden und nervöse Herzbeschwerden klagen (WACKER, 1977). Einige Arbeiten zeigen, daß in Verbindung mit Arbeitslosigkeit Alkohol- und Drogenmißbrauch anzutreffen ist (WUGGENIG, 1980).

Auch haben sie für die Kur maßgeblichen Grunddiagnose relativ häufiger einen Diabetes, Stoffwechselerkrankungen und ein Übergewicht.

Wie sind zusätzliche Belastungen - etwa durch eine Erkrankungshäufigkeit neben den Grunddiagnosen und ein "negatives Gesundheitsverhalten" in ihrer Bedeutung für die Teilnahme an Maßnahmen einzuschätzen?

Zur häufigeren Inanspruchnahme von G.M. (Teilnahme an Wiederholungsmaßnahmen) bei Versicherten aus größeren Orten trägt bei, wenn sich zur Grunddiagnose eine andere Erkrankung gesellt: die Herz/Kreislauferkrankungen (Diagnose 305), die Hypertonie (beide Diagnosegruppen), die Bronchitis (Diagnose 728) und die HWS-Beschwerden. Für die ländlichen Wohnbereiche scheinen die Stoffwechselerkrankungen typischer zu sein. Die Begleiterkrankungen sind allerdings nur bei einer geringen Anzahl von Kurteilnehmern zu finden.
Möglicherweise kann die Erkrankungszahl von Begleiterkrankungen auch höher einzustufen sein, wenn man bedenkt, unspezifische Befindlichkeitsstörungen könnten der Ausdruck von Organerkrankungen sein, die eventuell unter der Etikettierung der hier zu untersuchenden Diagnosen zu Kurmaßnahmen vermittelt werden.

Daß Versicherte mit Begleiterkrankungen eher aus Großstädten stammen, scheint nicht allein in Belastungsbedingungen größerer Orte zu liegen, sondern zusätzlich im Alter der Probanden und in den Risikofaktoren. Die Erkrankungshäufigkeit nimmt mit steigendem Lebensalter der Probanden zu, wie es in Verbindung mit der Hypertonie (STIEBER, DÖRING, KEIL, 1982; FICHTER, WEYERER, 1982) und den koronaren Herzerkrankungen belegt wurde (BENDER, 1982).
Herz/Kreislauferkrankungen und die Hypertonie scheinen insbesondere bei Männern der Altersgruppe 55 + mit zur Inanspruchnehme von G.M. beizutragen.
Bei den Partizipanten mit einer Bronchitis handelt es sich überwiegend um ledige und geschieden/getrennt lebende Frauen der mittleren Altersgruppe, die überproportional aus Großstädten

stammen und auch eher zu den Rauchern gehören. Für diese Versicherten scheint sowohl das Rauchen als auch die Wohnqualität der größeren Orte für die Nutzung von Kuren von Bedeutung zu sein.

Der Nikotinkonsum kann bei diesen Personen mit Ausdruck einer Konfliktsituation sein; gleichzeitig stellt er einen Risikofaktor für die Entstehung der bronchitischen Erkrankung dar. Untersuchungen belegen, daß die chronische Bronchitis Folge einer chronischen Irritation durch Umweltnoxen, vorwiegend aufgrund von Rauchgewohnheiten und Luftverschmutzung, ist (ABHOLZ et al., 1981 b.). Andere Untersucher sehen keinen Zusammenhang zwischen der Bronchitis und dem Luftverschmutzungsgrad, sondern führen sie auf das Alter und die Rauchgewohnheiten zurück (RIEBEN, 1979).

Darüber hinaus scheinen bei Ledigen und bei geschieden/getrennt lebenden Frauen aus durch mehr Belastungsfaktoren geprägten Bundesländern und aus größeren Orten die HWS-Beschwerden zur häufigeren Teilnahme an Kuren beizutragen. Wie festgestellt werden konnte, bestehen signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Nutzung von G.M nach Wohnbereichen. Was die Risikofaktoren anbelangt, scheint bei den beiden Geschlechtern in differenten Wohngegenden ein anderes Muster des Gesundheitsverhaltens vorzuherrschen. Nach HARRIS und GUTEN ist das "Health protective Behavior" jede Art von Verhalten einer Person, das das Ziel hat, die eigene Gesundheit zu schützen, zu fördern oder zu erhalten, Gesundheitsverhalten ist multidimensional (HARRIS, GUTEN, 1979). Aus den Differenzen im Gesundheitsverhalten ergeben sich zum einen gewisse Unterschiede in den Lebensgewohnheiten von Kurteilnehmern aus Großstädten und denen aus ländlichen Wohnregionen, zum anderen ist dadurch bedingt die Morbiditätsentwicklung auch eine andere.

Wie bereits erwähnt, gehören Frauen aus größeren Orten eher zu den Rauchern; bei Frauen (Hausfrauen) aus ländlichen Wohnbezirken ist die Übergewichtigkeit häufiger anzutreffen. Es zeigt sich also ein grundlegender Unterschied bei Frauen je nach Wohnbereich.

Die Rauchgewohnheiten hinsichtlich der beruflichen Situation scheinen eher an Belastungen geknüpft zu sein, denen einzelne Gruppen stärker ausgesetzt sind. Die Ergebnisse zeigten, daß Raucher unter Selbständigen, Arbeitslosen, Schichtarbeitern und Personen der Diagnose 305 mit längeren AU-Zeiten relativ häufiger anzutreffen waren. Berufliche Aspekte scheinen für die Übergewichtigkeit ohne Belang, jedoch eher für die Untergewichtigkeit von Bedeutungzu sein. Während bei Angestellten im öffentlichen Dienst und bei denen außerhalb des öffentlichen Dienstes die Übergewichtigkeit öfter zu finden war, scheint bei Arbeitslosen die Untergewichtigkeit eine größere Rolle zu spielen.[1)]

Durch den Einfluß unterschiedlicher Risikofaktoren werden auch andere Folgeerkrankungen begünstigt, die sich als Begleiterkrankungen neben den Grunddiagnosen identifizieren ließen. Bei "Stadtfrauen" wurde eher die Bronchitis, bei "Landfrauen" mehr der Diabetes gefunden, bei Schichtarbeitern und Arbeitslosen die Stoffwechselerkrankungen und bei Arbeitslosen zudem der Diabetes.

Bei Männern spielt der Alkoholkonsum und die Übergewichtigkeit eine größere Rolle. Dadurch wird anscheinend die Entstehung von Stoffwechselerkrankungen und des Diabetes beeinflußt. Das wird auch in der Literatur beschrieben: erhöhter Alkoholkonsum begünstigt die Entstehung von Stoffwechselerkrankungen, vom Diabetes und vom Übergewicht (REMMER, 1981).
Diese Erkrankungen waren bei Männern neben den Grunddiagnosen relativ häufiger zu finden.
Unter den Selbständigen waren Alkoholkonsumenten öfter anzutreffen; das könnte auf Belastungen hindeuten, denen diese Gruppe ausgesetzt ist.

Neben den Hauptdiagnosen tragen die Risikofaktoren zur Inanspruchnahme von Kuren bei.

---

1) Bei Arbeitslosen werden unter anderem Eßstörungen und Magenleiden besonders häufig erwähnt (SCHIENSTOCK, 1979).

Für Raucher scheint das allerdings nicht zuzutreffen. Sie waren unter Wiederholungsteilnehmern seltener, im Gegensatz zu Alkoholkonsumenten und Übergewichtigen. Dieser Umstand könnte vielleicht eine positive Wirkung der Kuren widerspiegeln. Andererseits könnte es aber auch bedeuten, daß die Rauchgewohnheiten aus gesundheitlichen Gründen eingestellt werden mußten. Die Langzeitergebnisse konservativer Therapieverfahren bei der Behandlung der Übergewichtigkeit, wie in einer Reihe von Untersuchungen hingewiesen wird, sind bisher unbefriedigend. Nach kurzzeitigen Erfolgen in der Gewichtsreduktion nehmen die meisten Personen wieder zu (PUDEL, 1981; DITSCHUNEIT et al., 1979; KATHER et al., 1980).

Zu den Psychopharmakaverbrauchern zählen in erster Linie Frauen (drei Viertel der weiblichen Kurteilnehmer in unserem Sample konsumierten diese Medikamente, jedoch nur ein Viertel der Männer); das scheint darauf hinzudeuten, daß bei Frauen ein höherer Grad von Befindlichkeitsstörungen vorliegt (KESSLER et al., 1981). Es könnten bei ihnen auch höhere Belastungen vermutet werden, die sich aus den Versorgungsaufgaben bei hoher Kinderzahl ergeben. Bekannt ist, daß diese Überbelastung vielfach mit Alkohol und mit Einnahme von Tabletten bekämpft wird, oder mit Überernährung verdrängt wird.
Die Psychopharmakaverbraucher unter den Frauen gehören überwiegend den höheren Altersgruppen an (45 - 54 Jhr., 55 + Jhr.); schon altersbedingt kann bei ihnen eine höhere Prävalanzrate von Erkrankungen bestehen.[1)]
Zu den Verbrauchern dieser Medikamente zählen außerdem Personen, die größeren Schwierigkeiten und Belastungen ausgesetzt sind wie geschieden/getrennt Lebende, Verwitwete, Selbständige, Arbeitslose und diejenigen mit längeren AU-Zeiten.

Nimmt man an, daß der Psychopharmagebrauch ein Indikator für schlechtes Befinden ist, dann scheint es gerechtfertigt zu sein, daß Kuren von Psychopharmakakonsumenten auch häufiger in Anspruch genommen werden. Das wäre im Sinne einer "präventiven"

---

1) Vergleicht man z.B. die diffuse Beschwerdesymptomatik klimakterischer Syndrome mit denen der zu untersuchenden Diagnosen, so ist eine fast völlige Übereinstimmung festzustellen.

Bedeutung der Maßnahmen nur positiv zu beurteilen.
Wenn Probanden mit Begleiterkrankungen, Begleitbeschwerden und gewissen Risikofaktoren von Kurmaßnahmen öfter Gebrauch machen, dann kann es ein Anzeichen dafür sein, daß sie kurbedürftiger sind als andere. Damit deutet sich an, daß, auch wenn Kuren die Bedeutung eines Erholungsaufenthaltes zugeschrieben wird, diese "Erholung" jenen Gruppen zukommt, die stärker als andere gesundheitlich gefährdet sind.

Neben den differenten Zugangsschancen zu Kuren bestehen auch Unterschiede im Zugang zu einzelnen Therapiemethoden. Wir konnten Indizien dafür finden, daß für bestimmte Gruppen Differenzen in der Anwendung der Behandlungsarten bestehen.
Es konnte nur teilweise bestätigt werden, daß Faktoren, die den Zugang und die Inanspruchnahme von G.M. determinieren, auch für die Wahl der Therapieprogramme eine Rolle spielen. Regionale Faktoren scheinen keinen Einfluß auf die Anwendung einzelner Behandlungsformen auszuüben.

Jüngere werden im Gegensatz zu Älteren psychotherapeutischen Verfahren relativ häufiger zugeführt.
Auch in der Literatur finden sich Hinweise, daß bei Älteren diese Behandlungsweisen seltener angewandt werden; die Ursachen dafür sind multifaktorieller Art (SIEGLER et al., 1980). Die Ärzte in den Kurkliniken, denen die Wahl der Therapie obliegt, scheinen von jüngeren Teilnehmern eine bessere Motivation für diese Behandlungsmethoden vorauszusetzen. Ältere Kurteilnehmer werden weitgehend mit Medikamenten und Diät versorgt.

Determinanten für den Einsatz psychotherapeutischer Programme scheinen in erster Linie Belastungen und Schwierigkeiten zu sein, die sich aus dem Familienstand und aus der beruflichen Situation ergeben und die durch Risikofaktoren zum Tragen kommen.

Wir legten dar, daß geschieden/getrennt Lebende, Verwitwete, Arbeitslose und Versicherte mit längeren AU-Zeiten sowie Übergewichtige dieser Behandlungsart eher zugeführt werden als andere. Offenbar bemüht man sich gerade bei diesen Teilnehmern,

Lösungsschritte mit erarbeiten zu helfen, damit sie einerseits die Ursachen ihrer Erkrankung verstehen lernen und zum anderen, ihnen gleichzeitig Möglichkeiten für eine sinnvolle Lebensgestaltung aufzuzeigen.

5. Zusammenfassung

Es wurde untersucht, aus welchen sozialen Gruppen, aus welchen Wohnbereichen und aus welchen Berufsgruppen sich die Teilnehmer an G.M. in den zu untersuchenden Kollektiven zusammensetzen. Zudem wurde der Frage nachgegangen, welche Faktoren neben den Grunddiagnosen 728 und 305 die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Maßnahmen beeinflussen und ob sich Hinweise ergeben, daß Kuren die Bedeutung eines Erholungsaufenthaltes zukommt.

Als Auswertungsmaterial dienten die Rehabilitationsakten der Jahre 1976, 1977 und 1978 von Versicherten, die wegen der Diagnose 728 (schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome - ohne adäquate degenerative Veränderungen) und wegen der Diagnose 305 (körperliche Störungen vermutlich psychogenen Ursprungs - psychovegetatives Syndrom und andere funktionelle Störungen) an Gesundheitsmaßnahmen teilgenommen hatten. Das zu bearbeitende Aktenmaterial wurde in Form einer geschichteten Zufallsstichprobe ermittelt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die Vermittlung zu G.M. in der Regel vom behandelnden Arzt der Versicherten ausgeht. Die Eigenaktivität, zu Maßnahmen zu gelangen wie auch die Empfehlung zu Kuren durch "sonstige Stellen", spielt nur eine unbedeutende Rolle.
Innerhalb der Diagnose 728 wurden relativ häufiger Wiederholungsmaßnahmen absolviert als in der Diagnose 305. Bei Orten über 20.000 Einwohner zeigt sich ein signifikantes Ansteigen jener Partizipanten, die bereits mehrere Maßnahmen in Anspruch genommen haben.

In beiden Untersuchungskollektiven überwiegen weibliche Probanden in allen Wohnbereichen. Im Vergleich der Bundesländer rekrutieren sie sich eher aus den Stadtstaaten (Berlin, Hamburg) sowie aus größeren Orten. Männer als Kurteilnehmer stammen stärker aus ländlichen Bundesländern und aus kleineren Ortschaften.

Die Altersverteilung in beiden Grunddiagnosen ist unterschied-

lich. Die Teilnehmer an G.M. mit der Diagnose 728 setzen sich mehr aus den höheren Altersgruppen (45 - 54 Jhr., 55 und älter) zusammen. In der Diagnose 305 gehören die Partizipanten eher den mittleren Altersgruppen an (35 - 44 Jhr., 45 - 54 Jhr.); der Anteil Jüngerer liegt in dieser Diagnose deutlich höher. Teilnehmer der höheren Altersgruppen stammen relativ häufiger aus größeren Orten, jüngere Teilnehmer aus Ortschaften mit geringeren Einwohnerzahlen.

Die Mehrzahl der Probanden in beiden Diagnosegruppen bilden Verheiratete ohne Kinder. Tendenziell kommen sie eher aus Bundesländern ländlichen Charakters und aus kleineren Orten. Verglichen mit der Wohnbevölkerung nach Familienstand sind geschieden/getrennt Lebende und Verwitwete unter den Teilnehmern an G.M. überrepräsentiert. Anteilmäßig sind diese Gruppen aus größeren Orten stärker unter den Partizipanten an G.M. vertreten als diejenigen aus ländlichen Wohnbezirken.

Versicherte aus größeren Orten ohne Kinder stellen die Mehrheit der Kurteilnehmer. Aus kleineren Ortschaften nehmen Versicherte mit Kindern eher Gesundheitsmaßnahmen wahr. Mit steigender Kinderzahl nimmt die Nutzung von Kuren ab.

Höhere Belastungen einzelner Berufsgruppen (Selbständige, Arbeitslose, Schichtarbeiter) scheinen für eine intensivere Inanspruchnahme von G.M. ohne Belang zu sein und nur in Einzelfällen Bedeutung zu haben.

Zur Kumulation von G.M. tragen neben den Grunddiagnosen die Herz/Kreislauferkrankungen, die Hypertonie, die Bronchitis und die HWS-Beschwerden bei. Bei Versicherten mit Herz/Kreislauferkrankungen und der Hypertonie handelt es sich überwiegend um Männer der höheren Altersgruppe, die in größeren Orten angesiedelt sind. Für Frauen ist die Bronchitis und die HWS-Beschwerdesymptomatik typischer; sie sind überproportional in größeren Orten beheimatet.

In differenten Wohngegenden herrscht ein anderes Muster des Gesundheitsverhaltens vor.

In größeren Orten ist das Rauchen mehr verbreitet, in ländlichen Gegenden die Übergewichtigkeit und der Diabetes.
Die Rauchgewohnheiten scheinen an belastende Bedingungen im beruflichen Sektor geknüpft zu sein.
Selbständige, Arbeitslose, Schichtarbeiter und Personen mit längerer AU-Dauer rauchen relativ häufiger als andere.
Bei Männern spielt der Alkoholkonsum eine größere Rolle als bei Frauen. Vermutlich liegt es daran, daß männlichen Teilnehmern öfter Stoffwechselerkrankungen und der Diabetes zu schaffen machen.

Zu den Psychopharmakaverbrauchern zählen in erster Linie Frauen, die den höheren Altersgruppen zugehören sowie geschieden/getrennt Lebende, Verwitwete und zudem Personen, die im Arbeitsprozeß größeren Risiken und Belastungen ausgesetzt sind, Selbständige, Arbeitslose und diejenigen mit längeren AU-Zeiten.

Neben den medizinischen Indikationen differiert die Wahl der Behandlungsarten nach Alter, Geschlecht, dem Familienstand, der Anzahl der im Haushalt betreuten Personen, nach Berufsgruppen, den Begleiterkrankungen und den Risikofaktoren. Die regionalen Wohnbedingungen scheinen keinen Einfluß auf die Anwendung einzelner Behandlungskonzepte auszuüben. Determinanten für den Einsatz psychotherapeutischer Behandlungsalternativen scheinen in erster Linie Belastungen zu sein, die sich aus dem Familienstand, der beruflichen Situation ergeben und wie sie durch die Risikofaktoren zum Tragen kommen.

Insgesamt konnte festgestellt werden, daß es sich bei den Partizipanten an G.M. in der Mehrzahl um Personenkreise handelt, die aufgrund regionaler, sozialer, beruflicher und gesundheitlicher Belastungen neben den Grunddiagnosen kurbedürftiger zu sein scheinen als andere.
Die weitverbreitete Meinung, daß Kurmaßnahmen die Funktion eines zweiten Erholungsaufenthaltes erfüllen, kann damit weitgehend entkräftet werden.

Nach den Resultaten empfiehlt es sich, die Rehabilitationsunterlagen so individuell wie nur möglich zu überprüfen unter Einbe-

ziehung der soziodemographischen Indikatoren neben den Grunddiagnosen, die das Antragsleiden bestimmen. So ließen sich Risikogruppen herausstellen, die größeren Belastungen ausgesetzt sind und eine höhere Prävalenzrate von Gesundheitsstörungen aufweisen. Für diese Versicherten sollten die Zugangschancen zu G.M. möglichst großzügig beurteilt werden; sie sollten eher zu Maßnahmen vermittelt werden als andere. Die 3-Jahresfrist sollte in allen diesen Fällen unterschritten werden, in denen gesundheitliche Beeinträchtigungen die Nutzung von G.M. erforderlich machen und das Fortschreiten einer Erkrankung durch Kurmaßnahmen eine BU/EU zu verhindern vermag.
Es sollte auch bedacht werden - angesichts der Kostenrestriktionen im Gesundheitswesen -, daß Gesundheitsmaßnahmen ökonomischer einzuschätzen sind als aufwendige stationäre Krankenhausaufenthalte und den damit verbundenen diagnostischen Maßnahmen. Gerade in Hinblick auf die Unspezifität der hier zu untersuchenden Grunddiagnosen werden in der Mehrzahl keine faßbaren organischen Parameter zu finden sein.
Durch intensive Gespräche zwischen Arzt und Versichertem in den Kurkliniken könnte die Problematik des Einzelnen aufgedeckt werden, die zum Auslöser von Befindlichkeitsstörungen führt, die die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigt. Durch die Aufzeigung neuer Lebensbalancen könnte das positive Lebensgefühl angehoben werden; vielfach könnte dadurch auch ein übermäßiger Arzneimittelverbrauch gedämpft werden.

Ein gewisser Mißbrauch in der Inanspruchnahme von G.M. wird nie ganz zu verhindern sein. Einige Versicherte werden das Angebot der Gesundheitsmaßnahmen immer als zweiten Erholungsaufenthalt nutzen. Das liegt schon mit an dem Charakter der hier zu untersuchenden Diagnosen mit ihren unspezifischen Befindlichkeitsstörungen.

Der BfA danke ich dafür, daß mir das erforderliche Aktenmaterial zur Verfügung gestellt und daß mir durch das Ausdrucken der Versicherungsnummern der ermittelten Zufallsstichprobe ein unkomplizierter Zugriff zu den Akten im Archiv ermöglicht wurde, das mich wiederum so hilfreich in der Bereitstellung der Akten unterstützte.

Der Datenverarbeitungsabteilung danke ich, daß sie die Ablochung der Codekarten vornehmen konnte; dadurch wurde mir die Weiterarbeit ermöglicht und vereinfacht. Die Durchführung der Rechenarbeiten hat Frau Karin Becker, Studentin der TU in Berlin, ausgeführt, wofür ich ihr herzlich danke.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Paul und Frau Dr. Garms-Homolová, die mich zu dieser Arbeit ermutigt haben und mir mit Rat zur Seite standen. Ich danke beiden, die mich mit so viel Verständnis durch diese Arbeit führten.
Ferner gilt mein Dank Herrn Prof. Schelp, der nach dem Tode von Prof. Paul die Betreuung dieser Arbeit übernommen hat.

6. Schrifttumsverzeichnis

ABHOLZ, H.H.: Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen der gesundheitlichen Versorgung in: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Bericht vorgelegt beim Symposium am 25./26. Febr. 1981, in Bonn-Godesberg a)

ABHOLZ, H.H., BORGERS, D., KRUSEWITZ, K.: Chronische Bronchitis - Von der medizinischen Intervention zur Umweltkontrolle in: Prävention AS 64, 1981, b), S. 52-78

ASCHOFF, R., SCHABACKER, M.: Stationäre Heilverfahren. Medizinische Welt, 28 (1977), 21, S. 963-966

BAKÁCS, T.: Der Mensch und seine selbstgeschaffene, artefizielle Umgebung. Das öff. Gesundheitswesen, 36 (1974), S. 668-683

BELUSA, J.: Änderungen bei der Rehabilitation in der Rentenversicherung. Die Angestelltenversicherung, 29 (1872), 2, S. 57-62

BENDER, F.: Das Altersherz. Deutsches Ärzteblatt, 79 (1982), 10, S. 33-38

BIENER, K.: Streß berufstätiger Frauen. Münch. med. Wschr., 123 (1981), 45, S. 1693-1696

BORELLI, S., DÜNGEMANN, H.: Beiträge zur Rehabilitation von chron. Hautkranken und Allergikern. Schriftenreihe der Bayrischen Landesärztekammer, Bd. 20, Hrsgb.: Bayrische Landesärztekammer, S. 15

BRÄUTIGAM, W., CHRISTIAN, P. (Hrsgb.): Psychosomatische Medizin. Stuttgart 1975, S. 319, 320, 321

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsgb.): Untersuchungen zur Schichtenspezifität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Krankheitsverläufe in der soz. Krankenversicherung. Referat Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Bonn 1979, Forschungsbericht

BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsgb.): Freizeitmöglichkeiten der Bevölkerung im ländlichen Raum. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 113, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1978

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE (Hrsgb.): Geschäftsbericht der BfA 1978, Berlin

DITSCHUNEIT, H., DITSCHUNEIT, H., WECHSLER, J.: Probleme der ambulanten Nulldiät. Deutsches Ärzteblatt, 76 (1979), 13, S. 871-880

ENDRES, N.: Rehabilitationstagung der BfA in Berlin. Die Angestelltenversicherung, 27 (1980), 9, S. 310-312

EWALD, W., WIDMANN, E.: Langzeitergebnisse nach Heilverfahren wegen Stoffwechselkrankheiten. Münch. med. Wschr., 124 (1982), 39, S. 849-852

FICHTER, M.M., WEYERER, S.: Prävalenz des hohen Blutdrucks in einem ländlichen Gebiet. Münch. med. Wschr., 124 (1982), 35, S. 753-756

GABOR, M.: Gesundheitsschäden durch Staub, Lärm, Nachtarbeit und Überbelastung der Wirbelsäule. MMW 126 (1984), 10, S. 277-279

GERFELDT, E. (Hrsgb.): Sozialhygiene, Sozialmedizin, Prophylaktische Medizin. Berlin 1970

HAMMON, Ch.: Einflüsse von Kur- und Psychotherapie auf das Selbstbild von Kurpatienten. Rehabilitation, 20 (1981), S. 119-127

HARRIS, R.M., GUTEN, S.: Health protective Behavior: An Exploratory Study. Journ. for Health an Social Behavior, Vol. 20 (1979), S. 17-29

HUTH, K., MICHALSKY, U., CREMER, H.-D., SCHMAHL, F.W.: Körpergewicht und Ballaststoffe. Medizin. Welt, 29 (1978), 4, S. 121-123

JORES, A. (Hrsgb.): Der Kranke mit psychovegetativen Störungen. Göttingen 1973, S. 12, 43, 149, 152

KARMAUS, W., SCHIENENSTOCK, G.: Körperliche, psychische und soziale Auswirkungen von Nacht- und Schichtarbeit in: Streß in der Arbeitswelt (Hrsgb.), Karmaus, W., Müller, V., Schienenstock, G., Köln 1979, S. 9-27

KATHER, H., SIMON, B.: Neue Aspekte in der Pathogenese der Fettsucht. Deutsches Ärzteblatt, 77 (1980), 16, S. 1031-1034

KESSLER, R.C., MC RAE, Jr., J.A.: Trends in the Relationship between Sex and Psychological Disstreß 1957 - 76. Amer. Soz. Review, Vol. 46 (1981), S. 443-452

KEUPP, H. (Hrsgb.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München, Berlin, Wien 1974

KÖPPL, B. (Hrsgb.): Intensivierung kontra Humanisierung (Die Arbeitssituation unqualifizierter Industriearbeiter). Frankfurt/Main, New York 1979, S. 71-77

KOESTER, H.: Psychische Erkrankungen als sozialer Prozeß. Das öff. Gesundheitswesen, 32 (1970), 5, S. 226-234

o.A.: Die Kosten haben sich vervielfacht (Die Angst um den Arbeitsplatz ist kein Hindernis.). Arzt und Wirtschaft, o. Jhrg. (1982), 3, S. 27/28

KUGLER, H.: Rehabilitation durch die Angestelltenversicherung. Die Angestelltenversicherung, 25 (1978), 8, S. 319-325

LABERKE, J.A.: Zur Effektivität von Kuren und Heilverfahren. Münch. Mediz. Wschr., 121 (1979), 11, S. 375-378

LASER, U.: Volkskrankheiten in: Funkkolleg Umwelt und Gesundheit, Aspekte einer sozialen Medizin. Studienbegleitbrief 4, Weinheim und Basel 1978, S. 77-118

MENTZEL, G. und MENTZEL, Ch.: Die Patienten der Psychosomatischen Kurklinik. Zeitschrift für Psychoanalyse, 23 (1977), 1, S. 56-72

MÜLLER, Ch. (Hrsgb.): Lexikon der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York 1973, S. 408

OSTNER, I. (Hrsgb. Sonderforschungsbereich 101 der Universität München): Beruf und Hausarbeit (Die Arbeit der Frau in unserer Gesellschaft). Frankfurt/Main 1978

PAUL, H.A.: Die Erholung im Alter in: Urlaub - Kuren - Erholung für Ältere (Hrsgb. Paul, H.A., Sparty, L.), Bonn-Bad Godesberg 1975, S. 9-19

PAUL, H.A.: Rehabilitation in: Lehrbuch Sozialmedizin (Hrsgb. Viefhues, H.), Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981, S. 152, 210

PAULI, B.: Selbstbeteiligung der Versicherten an stat. Heilbehandlungen. Die Angestelltenversicherung, 30 (1983), 9, S. 298-306

PEZELT, K.: Gesundheit und Städtebau. Das öff. Gesundheitswesen, 36 (1974), S. 581-588

PRACHER, H., ENENKEL, W.: Hypertonie - Betrachtungen zum Weltgesundheitstag 1978. Herz/Kreislauf, 10 (1978), 3, S. 128-131

PUDEL, V.: Motivierung zu vernünftigem Eßverhalten. Münch. med. Wschr., 123 (1981), 34, S. 1259-1261

RAUSCHENBACH, F.: 25 Jahre dynamische Rente. Die Anstelltenversicherung, 29 (1982), 1, S. 1-7

REHABILITATION in der Rentenversicherung der Angestellten (Hrsgb. BfA): Richtlinien der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte über die Gewährung von Leistungen zur med. und berufl. Rehabilitation sowie von zusätzlichen Leistungen in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung v. 8.6.1978, S. 5-11

REMMER, H.: Die Wirkung des Alkohols. Deutsches Ärzteblatt, 78 (1981), 51, S. 2429-2440

REST, A. (Hrsgb.): Der Einfluß von Heilverfahren auf die Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Frankfurt/Main, Bern 1980, S. 20

RIEBEN, F.W.: Bronchitis. Deutsches Ärzteblatt, 76 (1979), 27, S. 1803-1810

SCHIENSTOCK, G.: Arbeitslosigkeit - Streß im Abseits der Gesellschaft in: Streß in der Arbeitswelt, Hrsgb. Karmaus, W., Müller, V., Schienstock, G., Köln 1979, S. 80-103

SCHLÖGELL, R.: 1981: Hundert Jahre deutsche soziale Krankenversicherung - auch fünfzig Jahre Kassenarztrecht. Deutsches Ärzteblatt, 78 (1981), 45, S. 2139-2152

SCHREYER, E.: Die Verwaltung der BfA gestern und heute. Die Angestelltenversicherung, 25 (1978), 8, S. 288-296

SGB/AVG, SOZIALGESETZBUCH mit Angestelltenversicherungsgesetz (Hrsgb. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte). Berlin 1980, S. 151-155

SIEDE, H.: Der Einfluß der bebauten Umwelt auf die Psyche des Menschen. Das öffentliche Gesundheitswesen, 36 (1974), S. 752-755

SIEGLER, I.C., NOWLIN, J.B., BLUMENTHAL, J.A.: Health and Behavior: Methodological considerations for Adult Development and Aging, in: Poon, L.W. (ed), Aging in the 1980s Washington, D.C. 1980, S. 599-614

STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN (Hrsgb.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie I. Bevölkerung der Gemeinden v. 31.12.1977. Stuttgart, Mainz 1978

STATISTISCHES JAHRBUCH 1979 (Hrsgb. Statistisches Bundesamt Wiesbaden): Wohnbevölkerung am 31.12.1977 nach Altersgruppen und Familienstand. Stuttgart, Mainz 1979, S. 62

STIEBER, J., DÖRING, A., KEIL, U.: Häufigkeit, Bekanntheits- und Behandlungsgrad der Hypertonie in einer Großstadtbevölkerung. Münch. Mediz. Wschr., 124 (1982), 35, S. 747-752

TIEDT, G.: Gesamtvereinbarungen nach dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz (RehaAnglG) - Rechtsgrundlagen und Verfahren - in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung (Hrsgb. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger). Frankfurt/Main 1979, S. 1-16

UEXKÜLL, v. Th. (Hrsgb.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München, Berlin, Baltimore 1979, S. 194, 455, 465, S. 178-187, S. 193-197

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (Hrsgb.): Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, Bd. 53. Würzburg 1979, S. IX

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (Hrsgb.): Rentenversicherung in Zahlen 1980. Frankfurt/Main 1980, S. 6/7

WACKER, A. (Hrsgb.): Arbeitslosigkeit; Soz. und psych. Voraussetzungen und Folgen. Frankfurt/Main, Köln 1977

WANNENWETSCH, E.: Sind Kuren heute noch sinnvoll?, in: Wildunger Hefte, Sonderheft 1977 (Hrsgb. Arbeitskreis für Balneotherapie urolog. und nephrolog. Erkrankungen in der Deutschen Gesellschaft für Urologie), S. 35-48

WANNENWETSCH, E.: Soziale Verpflichtung zur Prävention und Rehabilitation. Deutsches Ärzteblatt, 76 (1979), 46, S. 3051-3055

WUGGENIG, U.: Macht Arbeitslosigkeit Jugendliche krank? Sozialpädiatrie, 2 (1980), 5, S. 197-199

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Verteilung der Gesamtheit durchgeführter Maßnahmen wegen allgemeiner Erkrankungen nach Altersgruppen

Tabelle 2. Verteilung der Partizipanten in der Diagnosegruppe 728 nach Alter

Tabelle 3. Verteilung der Partizipanten in der Diagnosegruppe 305 nach Alter

Tabelle 4. Inanspruchnahme von Maßnahmen in der Diagnose 728 und 305 nach Familienstand, verglichen mit der Wohnbevölkerung nach Familienstand (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1979) unter Berücksichtigung der Altersgruppe 15 - 65 Jahre

Tabelle 5. Kurteilnehmer in der Diagnosegruppe 728 und 305 nach der Anzahl der im Haushalt betreuten Personen

Tabelle 6. Gegenüberstellung der Verteilung von Kurteilnehmern (Diagnose 728 und 305) nach Bundesländern und der Bevölkerungszahl und -dichte (je qkm) in einzelnen Bundesländern (Quelle: BEVÖLKERUNG DER GEMEINDEN, 1978)

Tabelle 7. Verteilung der Kurteilnehmer nach Beschäftigungsverhältnis

Tabelle 8. Verteilung der Kurteilnehmer nach Beschäftigungsverhältnis

Tabelle 9. Kurteilnehmer nach Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Diagnosen 728 und 305

Tabelle 10. Verteilung der Partizipanten in beiden Diagnosegruppen nach der Anzahl der G.M.

Tabelle 11. Anzahl der G.M. nach Ortsgrößeklassen in der Diagnose 728

Tabelle 12. Anzahl der G.M. nach Ortsgrößeklassen in der Diagnose 305

Tabelle 13. Geschlechtsverteilung von Teilnehmern der Diagnose 728 in den einzelnen regionalen Bereichen

Tabelle 14. Geschlechtsverteilung von Teilnehmern der Diagnose 728 nach Ortsgrößeklassen

Tabelle 15. Geschlechtsverteilung von Kurteilnehmern der Diagnose 305 nach Ortsgrößeklassen

Tabelle 16. Teilnehmer an G.M. der Diagnose 728 nach regionalen Wohnbereichen

Tabelle 17. Teilnehmer an G.M. der Diagnose 305 nach regionalen Wohnbereichen

Tabelle 18. Kurteilnehmer der Diagnose 728 nach Familienstand in Bezug auf Ortsgrößeklassen

Tabelle 19. Kurteilnehmer der Diagnose 305 nach Familienstand in Bezug auf Ortsgrößeklassen

Tabelle 20. Kurteilnehmer der Diagnose 728 nach der Anzahl der betreuten Personen in Bezug auf Ortsgrößeklassen

Tabelle 21. Kurteilnehmer der Diagnose 305 nach der Anzahl der betreuten Personen in Bezug auf Ortsgrößeklassen

Tabelle 22. Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M. in der Diagnose 728 nach Berufsgruppen

Tabelle 23. Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M. in der Diagnose 305 nach Berufsgruppen

Tabelle 24. Inanspruchnahme von G.M. der Berufsgruppen in der Diagnose 728 nach Ortsgrößeklassen

Tabelle 25. Inanspruchnahme von G.M. der Berufsgruppen in der Diagnose 305 nach Ortsgrößeklassen

Tabelle 26. Verteilung der Herz/Kreislauferkrankungen der Diagnosegruppe 728 nach Alter

Tabelle 27. Verteilung der Herz/Kreislauferkrankungen der Diagnosegruppe 305 nach Alter

Tabelle 28. Verteilung der Blutdruckwerte nach dem Geschlecht der Probanden der Diagnosegruppe 728

Tabelle 29. Verteilung der Blutdruckwerte nach dem Geschlecht der Probanden der Diagnosegruppe 305

Tabelle 30. Verteilung der Blutdruckwerte nach Familienstand von Partizipanten der Diagnosegruppe 728

Tabelle 31. Verteilung der Blutdruckwerte nach Familienstand von Partizipanten der Diagnosegruppe 305

Tabelle 32. Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten in der Diagnose 728 und in der Diagnose 305 (nur Personen mit entsprechendem Befund)

Tabelle 33. Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach Altersgruppen von Probanden der Diagnosegruppe 728

Tabelle 34. Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach Altersgruppen von Probanden der Diagnosegruppe 305

Tabelle 35. Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach dem Geschlecht von Kurteilnehmern der Diagnosegruppe 728

Tabelle 36. Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach dem Geschlecht von Kurteilnehmern der Diagnosegruppe 305

Tabelle 37. Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach dem Familienstand von Probanden der Diagnosegruppe 728

Tabelle 38. Verteilung der sonstigen Volkskrankheiten nach dem Familienstand von Probanden der Diagnosegruppe 305

Tabelle 39. Verteilung der WS-Beschwerden nach Geschlecht von Probanden der Diagnose 728

Tabelle 40. Verteilung der WS-Beschwerden nach Geschlecht von Probanden der Diagnose 305

Tabelle 41. Verteilung der WS-Beschwerden nach den Kriterien der AU-Zeiten von Kurteilnehmern der Diagnose 728

Tabelle 42. Verteilung der WS-Beschwerden nach den Kriterien der AU-Zeiten von Kurteilnehmern der Diagnose 305

Tabelle 43. Raucher und Nichtraucher der Diagnose 728 nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M.

Tabelle 44. Raucher und Nichtraucher der Diagnose 305 nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme von G.M.

Tabelle 45. Verteilung der Raucher und Nichtraucher nach Altersgruppen in der Diagnose 728

Tabelle 46. Verteilung der Raucher und Nichtraucher nach Altersgruppen in der Diagnose 305

Tabelle 47. Inanspruchnahmehäufigkeit von G.M. nach Ernährungszustand von Probanden der Diagnosegruppe 728

Tabelle 48. Inanspruchnahmehäufigkeit von G.M. nach Ernährungszustand von Probanden der Diagnosegruppe 305

Tabelle 49. Verteilung des Körpergewichtes von Probanden der Diagnose 305 nach Alter

Tabelle 50. Verteilung des Körpergewichtes bei Kurteilnehmern der Diagnose 305 nach den Kriterien der AU-Dauer

Tabelle 51. Häufigkeit der Kurteilnahme nach Psychopharmakakonsum (Diagnose 728)

Tabelle 52. Häufigkeit der Kurteilnahme nach Psychopharmakakonsum (Diagnose 305)

Tabelle 53. Anwendung der Behandlungsart II in einzelnen Altersgruppen von Probanden mit der Diagnose 728

Tabelle 54. Anwendung der Behandlungsart II in einzelnen Altersgruppen von Probanden mit der Diagnose 305

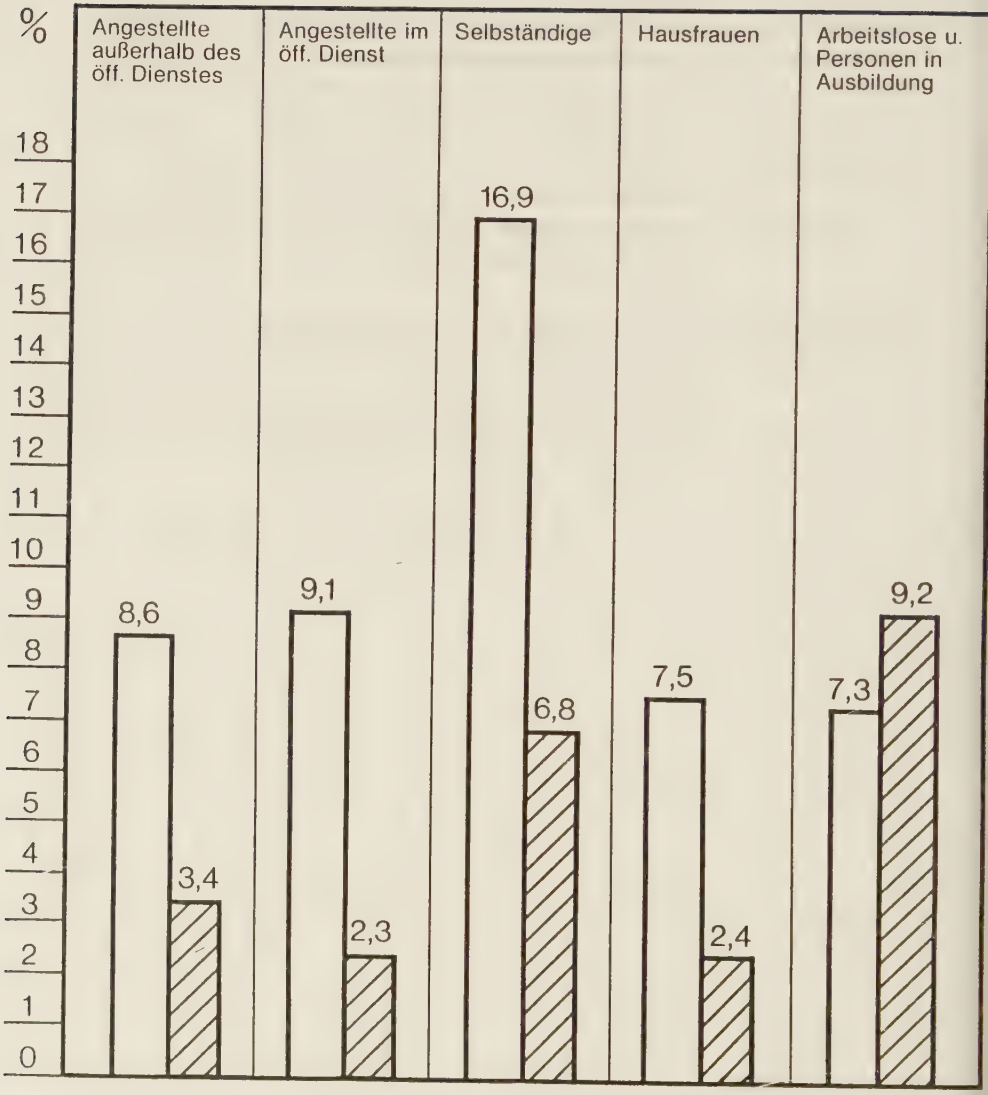
Tabelle 55. Anwendung der Behandlungsart II nach den Kriterien der AU-Zeiten bei Probanden der Diagnose 305

8. Darstellungsverzeichnis

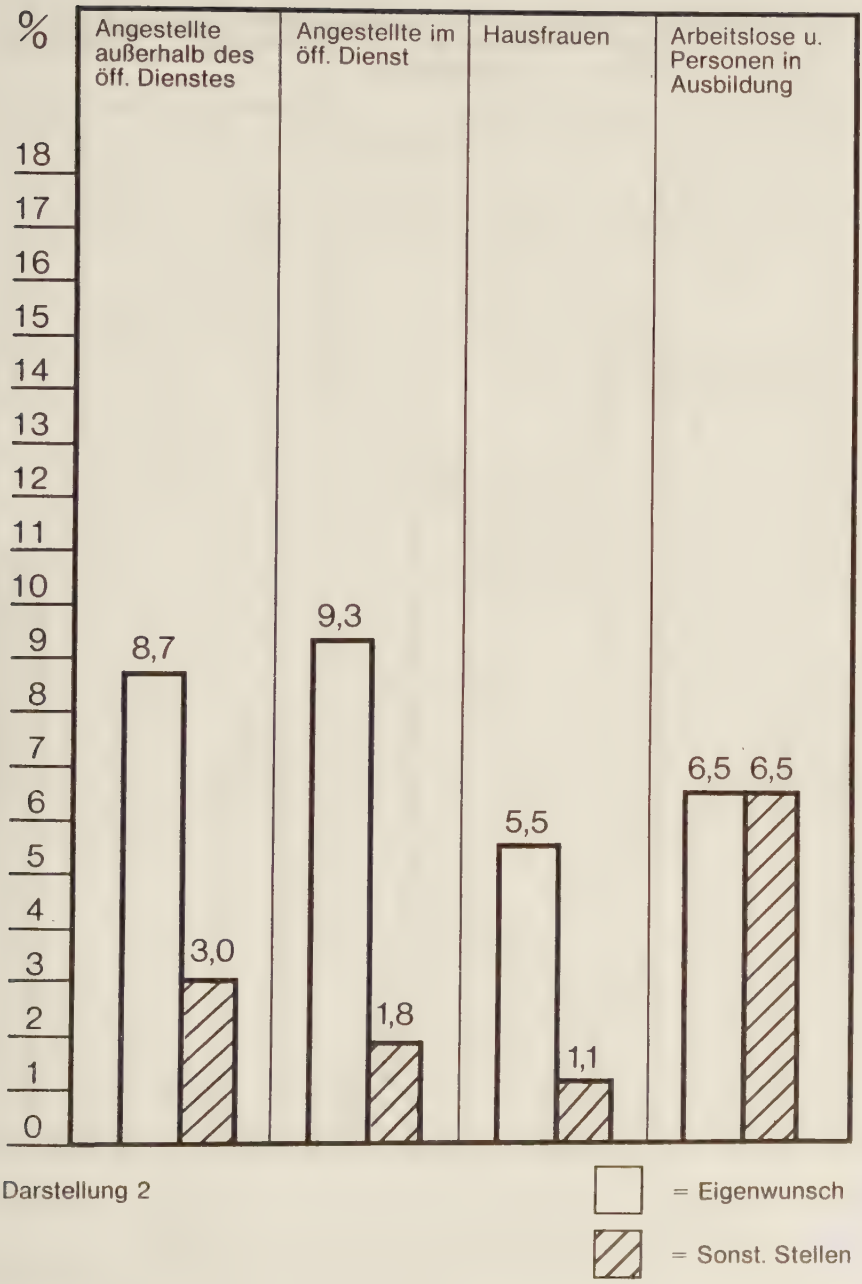
Darstellung 1. Zusammenhang zwischen den Berufsgruppen der Diagnosegruppe 728 und dem Zugang zu G.M. unter Berücksichtigung der Alternativen Eigenwunsch sowie Empfehlung durch andere Instanzen

Darstellung 2. Zusammenhang zwischen den Berufsgruppen der Diagnosegruppe 305 und dem Zugang zu G.M. unter Berücksichtigung der Alternativen Eigenwunsch sowie Empfehlung durch andere Instanzen

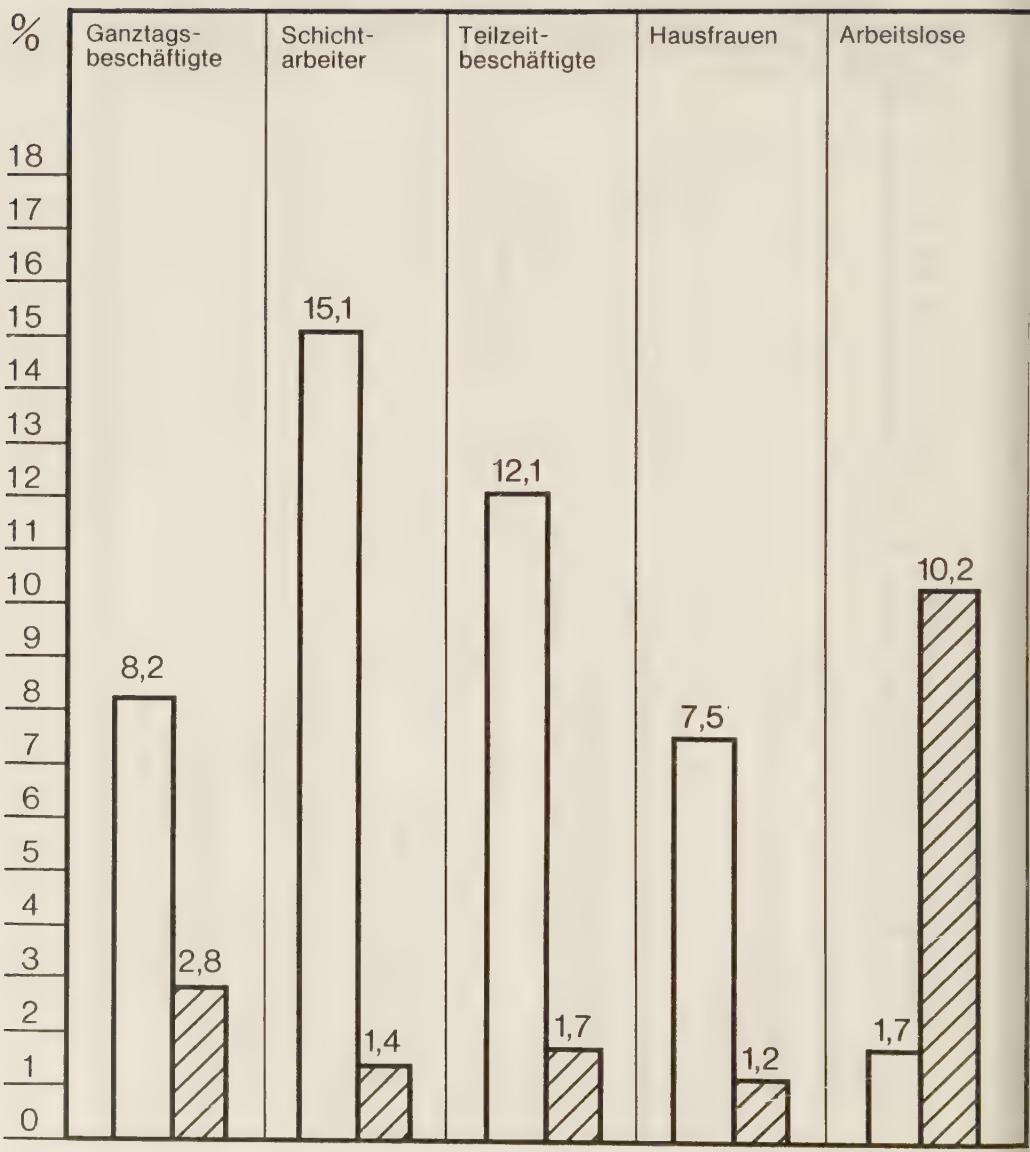
Darstellung 3. Zusammenhang zwischen der Arbeit vor Antragstellung der Diagnosegruppe 305 und dem Zugang zu G.M. unter Berücksichtigung der Alternativen Eigenwunsch sowie der Empfehlung durch andere Instanzen



Darstellung 1



Darstellung 2



Darstellung 3

9. Anlageverzeichnis

Anlage 1: Übersicht über die Auskunfts- und Beratungsstellen der BfA (A- und B-Stellen)

Anlage 2: Übersicht der Bereichsnummern der gesetzlichen Rentenversicherung

Anlage 3: Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Anlage 4: Selbstauskunftsbogen für Versicherte

Anlage 5: Anforderungsformular zur Gutachtenerstellung

Anlage 6: Ärztliches Gutachten

Anlage 7: Ärztlicher Entlassungsbericht

Anlage 8: Verschlüsselungslisten der Codekarte 1 und der Codekarte 2

Anlage 9: Codekarte 1 und Codekarte 2

Anlage 10: Einteilungsschema in Postleitzahlen der BRD nach regionalen Bereichen (Osten, Süden, Westen, Norden)

Übersicht über die Auskunfts- und Beratungsstellen

○ Auskunfts- und Beratungsstellen
● Auskunfts- und Beratungsstellen mit Rentenvorverfahren
□ Auskunfts- und Beratungsstellen mit Informationszentrum
■ Auskunfts- und Beratungsstellen mit Rentenvorverfahren und Informationszentrum

Anlage 1

eichsnummern der gesetzlichen Rentenversicherung

tenversicherung der Arbeiter

erungsträger	Bereichs-nummern
annover	10
estfalen	11
essen	12
einprovinz	13
erbayern	14
iederbayern-Oberpfalz	15
heinland-Pfalz	16
r das Saarland	17
berfranken und Mittel-anken	18
reie und Hansestadt amburg	19
nterfranken	20
chwaben	21
ürttemberg	23
aden	24
erlin	25
chleswig-Holstein	26
ldenburg-Bremen	23
raunschweig	29
undesbahn-ersicherungsanstalt	38
eekasse	39

B. Rentenversicherung der Angestellten

Bei Sitz der zuständigen Ausgabestelle im Bereich der Landesversicherungsanstalt	Bereichs-nummern der Bundes-versicherungs-anstalt für Angestellte
LVA Hannover	50
• Westfalen	51
• Hessen	52
• Rheinprovinz	53
• Oberbayern	54
• Niederbayern-Oberpfalz	55
• Rheinland-Pfalz	56
• für das Saarland	57
• Oberfranken und Mittel-franken	58
• Freie und Hansestadt Hamburg	59
• Unterfranken	60
• Schwaben	61
• Württemberg	63
• Baden	64
• Berlin	65
• Schleswig-Holstein	66
• Oldenburg-Bremen	68
• Braunschweig	69
Seekasse	79

C. Knappschaftliche Rentenversicherung

Bei Wohnsitz in den Ländern	Bereichs-nummern
Schleswig-Holstein	
Niedersachsen	
Hamburg	
Bremen	
Nordrhein-Westfalen, Bereich der LVA Westfalen	80
Nordrhein-Westfalen, Bereich der LVA Rheinprovinz	
Hessen	81
Rheinland-Pfalz	
Saarland	
Baden-Württemberg	
Bayern	82

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Postanschrift: Postfach · 1000 Berlin 88 Telefon (030) 865-1 Hauptverwaltung: Berlin-Wilmersdorf, Ruhrstraße 2

1zeilig

Haben Sie bereits eine Versicherungsnummer erhalten?
☐ nein ☐ ja wenn ja, bitte Versicherungsnummer angeben: Versicherungsnummer:

bzw. die Ausstellung einer Versicherungskarte mit Versicherungsnummer beantragt
☐ nein ☐ ja wenn ja, bei welcher Stelle:

Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation

(Heilbehandlungsmaßnahmen wegen allgemeiner Erkrankungen)

Dem Antrag soll eine Bescheinigung des behandelnden Arztes beigefügt werden.

Eingangsstempel der BfA

Kartei 7000

1. Angaben zur Person Bitte nur mit Schreibmaschine oder in Blockschrift Kugelschreiber/Tinte ausfüllen! Zutreffendes ankreuzen!

Name | Vorname (Rufname)

Geburtsname (bei Frauen) | Früher geführte Namen

Geburtsdatum | Zahl der Kinder lt. Lohnsteuerkarte | Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich | Staatsangehörigkeit

Geburtsort | Familienstand: led. ☐ verh. ☐ verw. ☐ gesch. ☐ getr. leb. ☐ adopt. ☐

Beruf | jetzige Tätigkeit

Beschäftigt als Arbeitnehmer
☐ nein ☐ ja (bitte Ziffer 9 durch Arbeitgeber ausfüllen lassen) ganztägig ☐ halbtägig ☐

Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder einem Arbeitsverhältnis **mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen** oder erhalten Sie Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis **mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?**
☐ nein ☐ ja

selbst. Handwerker eingetragen in Handwerksrolle seit | selbständig ☐ | arbeitslos ☐ | Hausfrau ☐
☐ nein ☐ ja

Anschrift

Kreis | Bahnstation | Telefon (mit Vorwahl)

Bevor Sie den Antrag weiter ausfüllen, wird im Hinblick auf den Geheimnisschutz gebeten, Buchstabe G, Ziff. 1.1 des Merkblattes aufmerksam durchzulesen.

2. Versicherungszeiten und Beitragsentrichtung

Sind Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet worden?

☐ nein ☐ ja vom/bis zur Rentenversicherung der Angestellten (AV)

☐ nein ☐ ja vom/bis zur Rentenversicherung der Arbeiter (ArV)

Landesversicherungsanstalt ☐ | Bundesbahnvers.-Anst. (Bez.St.) ☐ | Seekasse ☐ Hamburg

☐ nein ☐ ja vom/bis zur knappschaftlichen Rentenversicherung Knappschaftsbereich:

☐ nein ☐ ja vom/bis zur landwirtschaftlichen Alterskasse Verwaltungsstelle:

☐ nein ☐ ja vom/bis zur Sozialversicherung der DDR einschließlich Berlin-Ost

☐ nein ☐ ja vom/bis zur ausländischen Sozialversicherung Staat:

Werden z. Z. Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?

☐ nein ☐ ja letzter Beitrag (Monat/Jahr) zur ☐ Angestelltenversicherung ☐ Arbeiterrentenversicherung

als ☐ Pflichtbeitrag im Lohnabzugsverfahren ☐ durch Überweisung (bargeldlose Beitragsentrichtung)

(0603/79 - 250)

B. 7101
43 Aufl. - 11/79 - 500 000 - A

Anlage 3

Sind Ihnen Beiträge aus der gesetzlichen Rentenversicherung erstattet worden?

☐ nein ☐ ja — wann — von welcher Stelle — Aktenzeichen

3. Nachversicherung

Ist eine Nachversicherung auf Grund einer ehemals versicherungsfreien Beschäftigung, z. B. als Beamter oder Berufssoldat nach § 72 G 131, § 99 AKG, Art. G §§ 18 ff. FANG, § 20 NS-Abwicklungsgesetz durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja — vom/bis — Versicherungsträger — Aktenzeichen

Haben Sie inzwischen einen neuen Anspruch bzw. eine neue Anwartschaft auf beamtenrechtliche Versorgung?

☐ nein ☐ ja — seit — als — Arbeitgeber

Wurde eine Ehe nach dem 30. 06. 77 aufgelöst und ist hierbei über den **Versorgungsausgleich** (Übertragung oder Begründung von Anwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung) entschieden worden?

Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichts genannt ist

☐ nein ☐ ja

4. Rentenbezug

Ist eine Rente beantragt oder beabsichtigen Sie in nächster Zeit einen Antrag auf Rente aus der Sozialversicherung im In- oder Ausland zu stellen?

☐ nein ☐ ja — wann — Versicherungsträger — Aktenzeichen

Beziehen Sie bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja — seit — Versicherungsträger/Aktenzeichen — Rentenart (z. B. Altersruhegeld, Versicherten-, Witwen-, Waisenrente)

5. Sonstige Bezüge

Wurde Ihnen von sonstigen Stellen Rente, Ruhegeld, Pension, Entschädigung, Verletztengeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Leistungen nach dem LAG, der Altershilfe für Landwirte oder der Sozialhilfe im In- oder Ausland bewilligt?

☐ nein ☐ ja — wann — ab wann — in welcher Höhe (mtl., wöchentl., tägl.)

von welcher Stelle — Aktenzeichen

6. Angaben zum Rehabilitationsverfahren

Wegen welcher Leiden werden jetzt medizinische Leistungen beantragt?

Wann traten diese Leiden erstmals auf?

Befinden oder befanden Sie sich wegen dieser Leiden in ambulanter Behandlung?

☐ nein ☐ ja — seit — Name/Anschrift des behandelnden Arztes

im Krankenhaus ☐ nein ☐ ja — vom/bis — Name/Anschrift der Krankenanstalt

im Sanatorium ☐ nein ☐ ja — vom/bis — Name/Anschrift des Sanatoriums

Bei welchen Ärzten waren Sie noch in den letzten 2 Jahren wegen der angegebenen Leiden in Behandlung?

Sind bereits medizinische Maßnahmen (z. B. Badekuren, Sanatoriumsaufenthalte) im In- oder Ausland durchgeführt oder sind Zuschüsse zu derartigen Maßnahmen gewährt worden?

☐ nein

☐ ja — vom/bis — Wer war Kostenträger oder wer hat Zuschüsse gewährt? — Aktenzeichen

☐ ja — vom/bis — Wer war Kostenträger oder wer hat Zuschüsse gewährt? — Aktenzeichen

☐ ja — vom/bis — Wer war Kostenträger oder wer hat Zuschüsse gewährt? — Aktenzeichen

Haben Sie bei einer anderen Stelle Heilbehandlung beantragt, z. B. beim Versorgungsamt oder bei der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft)?

	wann	bei welcher Stelle	Aktenzeichen
☐ nein	ja		

7. Ursache der Erkrankung

Handelt es sich bei Ihrer Erkrankung um ein anerkanntes Leiden?

	seit	Name/Anschrift der Dienststelle	Aktenzeichen
☐ nein	ja		

☐ als Arbeitsunfall/Berufserkrankung ☐ Dienstunfall (i. S. §§ 134 ff. BBG) ☐ Nationalsozialistische Verfolgung

☐ Kriegs- od. Wehrdienstbeschädig. ☐ Dienstbeschädig. i. S. des Soldatenversorgungsgesetzes

Haben Sie einen entsprechenden Antrag auf Anerkennung gestellt?

	wann	Name/Anschrift der Dienststelle	Aktenzeichen
☐ nein	ja		

Ist Ihr Leiden durch die Schuld einer anderen Person herbeigeführt worden?

	wann	Name/Anschrift des Schädigers
☐ nein	ja	

Sind Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

	wann	bei wem	Aktenzeichen
☐ nein	ja		

8. Zahlungsempfänger bei Anweisungen durch die BfA

Name, Vorname		
Anschrift		
Kontoinhaber	Konto-Nr.	Postscheckamt
Bank	Konto-Nr.	Bankleitzahl
Anschrift der Bank	Kontoinhaber	

Anlagen: _____ Aufrechnungsbescheinigung(en) _____ Ärztl. Bescheinigung(en)

_____ Entgeltbescheinigung(en) _____ Sonstige Anlagen

Die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten werden unter genauer Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben; ihre Kenntnis ist für das Rehabilitationsverfahren nach Maßgabe des Angestelltenversicherungsgesetzes und der Richtlinien der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte über die Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation erforderlich.

Erklärung:

Das Merkblatt der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) über die Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, daß mir Heilbehandlungsmaßnahmen von der BfA nicht gewährt werden können, wenn ich **Altersruhegeld** beziehe. Sollte ich zwischenzeitlich bei der BfA Altersruhegeld beantragen, werde ich dies zu **diesem** Antrag **sofort** nachmelden.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, daß die mich behandelnden Ärzte der BfA jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen, daß die über mich abgegebenen ärztlichen Zeugnisse den Trägern der Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, den Arbeitsämtern, den Fürsorgestellen oder Gesundheitsämtern und den Versorgungsbehörden sowie meinem behandelnden Arzt auf deren Ersuchen übersandt werden und daß die BfA, falls sie es für erforderlich hält, die bei den vorstehend genannten Stellen vorliegenden ärztlichen Unterlagen über meinen Gesundheitszustand für ihre Entscheidung heranzieht.

Jede Wohnungsänderung sowie jede Änderung in meinen versicherungsrechtlichen Verhältnissen werde ich unverzüglich zu diesem Antrag auf Heilbehandlungsmaßnahmen nachmelden. Sollte ich zwischenzeitlich bei anderen Versicherungsträgern oder Dienststellen Leistungen beantragen, verpflichte ich mich, dies ebenfalls unverzüglich bekanntzugeben. Ich verpflichte mich ferner, Zahlungen nicht mehr entgegenzunehmen, wenn eine der vorgenannten Veränderungen eingetreten ist, ggf. zu Unrecht empfangene Beträge zurückzuzahlen.

Ich werde mich der Hausordnung und den Anordnungen der Stellen, welche die Maßnahmen durchführen, unbedingt fügen.

Sämtliche Angaben zum Antrag habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bekannt, daß falsche Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können.

Ort/Datum

_____ _____

(Unterschrift des Antragstellers)

Auf die Möglichkeit einer sofortigen ärztlichen Untersuchung wird hingewiesen. **Bitte wenden!**

9. Bestätigung des Arbeitgebers

Das Arbeitsverhältnis ☐ besteht fort ☐ endet mit dem

Das Entgelt ist bemessen nach ☐ Monaten ☐ Wochen ☐ Arbeitstagen ☐ Stunden

Pflichtbeiträge werden entrichtet

☐ nein ☐ ja zur Rentenversicherung der Angestellten ☐ zur Arbeiterrentenversicherung

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

10. Bescheinigung der Krankenkasse

Der Antragsteller ist bei folgender Krankenkasse versichert:

Genaue Anschrift der Krankenkasse

Der Antragsteller ist ☐ Pflichtvers. ☐ freiw. Vers. ☐ Familienvers. ☐ Rentenantragst. ☐ Rentner

War der Versicherte in den letzten 6 Monaten arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja vom/bis

Ist der Versicherte z. Z. arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja seit

Bezieht der Versicherte Krankengeld?

☐ nein ☐ ja seit tägl. DM

Falls Patient nicht selbst Mitglied einer Krankenkasse ist, bitte Personalien des Mitgliedes eintragen:

Mitglied (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Stempel der Krankenkasse, Datum, Unterschrift

11. Nachweis der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen

Zur Feststellung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind dem Antrag beizufügen und der BfA einzureichen

1. die Versicherungskarte
2. sämtliche Aufrechnungsbescheinigungen
3. Entgeltbescheinigungen nach § 12 DÜVO
4. evtl. Nachweis über Ersatz- und Ausfallzeiten

Die Beifügung der Versicherungsunterlagen kann unterbleiben, wenn eine Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung, das Versicherungsamt oder die Ersatz-, Orts-, Landwirtschaftliche-, Betriebs-, Innungskrankenkasse usw. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorprüft, die erforderlichen Beitragsmonate in nachstehender Aufstellung festhält und bescheinigt.
(Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ersehen Sie aus dem beigefügten Merkblatt.)

Die endgültige Prüfung muß sich die BfA jedoch vorbehalten.

Nach den vorgelegten Unterlagen Vers.-Karte der AV/ArV Nr. _____, Aufrechnungsbescheinigung AV/ArV Nr. _____, Entgeltbescheinigungen nach § 12 DÜVO wurden entrichtet:

durch Lohnabzug ☐ **durch Verwendung von Beitragsmarken der Klasse** ☐ **durch stufenlose Beitragsentrichtung (Beitrag in DM)**

	Für die Zeit vom	bis	Beitragsmonate										
19													
19													
19													
19													
19													
19													

Ort/Datum

(Stempel mit Anschrift der prüfenden Stelle und Unterschrift)

Bitte nur mit Schreibmaschine oder in Druckschrift ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen

1. Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum

2. **Frühere Erkrankungen (mit Zeitangabe): u. a.**

☐ Tuberkulose _____ ☐ Zuckerkrankheit _____ ☐ Nierensteine _____

☐ häufig Bronchitis _____ ☐ Gallensteine _____ ☐ Bluthochdruck _____

☐ häufig Halsentzündung _____ ☐ Gelbsucht _____ ☐ Herzinfarkt _____

Wann befanden Sie sich im Krankenhaus und weswegen? (u. a. Operationen, Unfälle, Infektionen)

Sonstige ambulant behandelte **schwere** Erkrankungen:

3. **Jetzige Beschwerden (keine** Diagnosen angeben):

wegen der jetzigen Beschwerden

☐ nicht in ärztlicher Behandlung

☐ gelegentlich in ärztlicher Behandlung

☐ seit über 4 Wochen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung

Besteht Arbeitsunfähigkeit? ☐ nein ☐ ja

ggf. seit _____

wegen

Jetziger Hausarzt (mit Anschrift)

Weitere behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung und Anschrift)

4. **Ärztliche Behandlung:** Welche Medikamente nehmen Sie **regelmäßig** ein? (Name der Präparate mit Mengenangabe)

Heilbehandlungsmaßnahmen in den **letzten 5 Jahren** durch Rentenversicherungsträger (BfA, LVA, Seekasse) oder andere Stellen, z. B. Krankenkasse, Versorgungsamt:

5. Alkohol

☐ keinen

☐ gelegentlich, nur bei Festlichkeiten ☐ Bier

☐ regelmäßig ☐ Wein

☐ Schnaps

Zigaretten

☐ keine

☐ tgl. bis 10 Stück

☐ tgl. bis 20 Stück

☐ tgl. über 20 Stück

☐ Pfeife oder Zigarre

6. Vorsorgeuntersuchung ☐ nein ☐ ja wann?

7. bei Frauen: Letzte Regelblutung: Besteht Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

– Wenn der Raum für die Beantwortung der Fragen nicht ausreicht, bitte Rückseite benutzen –

Anlage 4

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE
Postanschrift: Postfach · 1000 Berlin 88 Telefon: (0 30) 8 65-1 Hauptverwaltung: Berlin-Wilmersdorf, Ruhrstraße 2

Wichtiger Hinweis!
Bitte Rückseite beachten

Zusatzfragebogen HBM

zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Versicherungsnummer

BKZ (wird von der BfA ausgefüllt)

Sehr geehrte Versicherte!
Sehr geehrter Versicherter!

Zu Ihrem Antrag auf Heilbehandlungsmaßnahmen überreicht Ihnen die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte noch diesen Fragebogen. Er soll Ihnen ermöglichen, in Ruhe zu Hause auf eine Reihe von Fragen zu antworten, die für die Bearbeitung Ihres Antrages wichtig sein können.

Um Ihnen die Beantwortung so bequem wie möglich zu machen, haben wir Kästchen eingedruckt, damit Sie das für Sie Zutreffende nur anzukreuzen brauchen. Leider bleiben dennoch einige Fragen offen, die Sie bitte gegebenenfalls ausführlicher beantworten wollen.

Bringen Sie bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen zu der ärztlichen Untersuchung mit. Versäumen Sie bitte auch nicht, ärztliche Berichte, Röntgenaufnahmen, Elektrokardiogramme, vor allem auch **amtliche Bescheide** über Wehrdienstbeschädigungen, Berufserkrankungen, Entschädigungsleiden usw. dem Gutachter **vorzulegen,** wenn solche in Ihrem Besitz oder bei Ihrem behandelnden Arzt vorhanden sind. Der Gutachter wird sie nach Auswertung zurückreichen.

Ihr zu Hause ausgefüllter Fragebogen wird dem Gutachten beigelegt. Dieser Fragebogen soll in keiner Weise das vertrauensvolle Gespräch mit dem Arzt ersetzen, der das Gutachten erstatten wird.

Mit verbindlichem Dank für Ihre Mühe und freundlichen Grüßen

Ihre

BfA

Abteilung für Rehabilitationsmaßnahmen

B. 7101 2
20. Aufl. - 8/81 - 300 000 - A.
(1282/81 - 100)

bitte wenden

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

2-zeilig

Versicherungsnummer | BKZ

Versicherter

Datum		
TA	Zi-Nr.	App.
	/	

Vfg.

1. An Dezernat 7005 Zi. _____
   Für nebenst. Vers. wird um Benennung eines Gutachters gebeten.

   Name des beh. Arztes

   _____

   Name(n) etw. Vorgutachter

   _____

   _____

2. An Dezernat _____ zurück.
3. z. A. (Vfg. und Absendevermerk siehe Ziff. 3 des Aktenvorblattes).

Kreis: _____

Insbesondere erbitten wir Ihre Stellungnahme zu folgender Frage:

Anlagen:

1 ärztliche Bescheinigung
1 Vorladung
2 Formblätter für das ärztliche Gutachten
__ sonstige ärztliche Unterlagen

Anlage 5

(0684/83 - 200)

8. 7151* - 32. Aufl. - 5/83 - 30 000 - A

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

ÄRZTLICHES GUTACHTEN
zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation (Heilbehandlung)

Es wird gebeten, dem Versicherten keine Angaben über die Erfolgsaussichten seines Antrages zu machen.
Das Gutachten bitte mit Schreibmaschine ausfüllen und mit 2 Durchschriften sowie den Befundergebnissen senden an:
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
- Dez. 7005 -
Postfach · 1000 Berlin 88

1. Versicherungsnummer | BKZ 8 | PNR 3 | Untersuchungstag
Name, Vorname, ggf. Geburtsname | ZE-Nr.
Postleitzahl | Anschrift | Größe in vollen cm | Gewicht in vollen kg
Erlernter Beruf | Jetzt ausgeübte Tätigkeit | su | ja | nein | ggf. seit:

2. Wichtige anamnestische Daten und jetzige Beschwerden (Hinweis auf Vorgutachten genügt nicht)

Letzte Medikation (mit Dosierung):

erhöhter Nikotin-konsum | ja | nein | erhöhter Alkohol-konsum | ja | nein

3. Hauptdiagnose: | Ind.-Kat.-Nr. | Schweregrad
1. Nebendiagnose: | Ind.-Kat.-Nr. | Schweregrad
2. Nebendiagnose: | Ind.-Kat.-Nr. | Schweregrad

Weitere Diagnosen:

Schweregrad ≙ Haustyp
Klinik = 5
Kurklinik = 4
Sanatorium = 3
Diätkurheim = 2
Kurheim = 1

Liegen mehr als drei für die Einweisung relevante Diagnosen vor? ja | nein
Wurden bisher unbekannte Erkrankungen festgestellt? ja | nein
Zusätzliches Fachgutachten erforderlich? ja | nein
Fachrichtung:

4. Ist eine Heilbehandlung indiziert? (nach §§ 13, 14 AVG) ja | nein
Entwöhnungsbehandlung anzuraten? ja | nein
Ist eine Heilbehandlung aus medizinischen Gründen vordringlich?
Ist eine ambulante Behandlung ausreichend?
Vorbehandlung/Klärung erforderlich? ggf. welche:
Ist ein Erholungsurlaub ausreichend?
Ist eine Krankenhausbehandlung zweckmäßig?
Individuelle Besonderheiten? (bitte unter Ziffer 14 erläutern)

5. Ist der Versicherte nur in Begleitung reisefähig? ja | nein
Besteht Erblindung? ja | nein
Ist Anziehen nur mit fremder Hilfe möglich?
cerebrales Anfallsleiden?
Besteht stärkere Gehbehinderung?
Schwangerschaft?

6. Antragsleiden ist Folge von anerkannter Wehrdienst- oder Dienstbeschädigung? ja | nein
Antragsleiden ist Folge von anerkannter Berufskrankheit/Arbeitsunfall? ja | nein

B. 7150
44. Aufl. - 5/80 - 300 000 - A
(0871/80-400)

Versicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum)

2. Blatt zum ärztlichen Gutachten

Untersuchungsbefunde

7. Zum Gesamteindruck

☐ altersentsprechend ☐ jünger aussehend ☐ vorgealtert ☐ muskulös ☐ adipös ☐ mager ☐ reduz. AZ

Von der Norm abweichende Befunde:

☐ Hautveränderung ☐ Blässe ☐ Cyanose ☐ Dyspnoe ☐ Ödeme ☐ Ikterus ☐ Lymphknoten

8. Kopf und Hals

Von der Norm abweichende Befunde:

☐ Schädel ☐ Augen ☐ Pupillen ☐ Pupillenreaktion ☐ Ohren ☐ Nase ☐ Zunge

☐ Schleimhäute ☐ Tonsillen ☐ Gebiß ☐ Schilddrüse

9. Brustkorb

Von der Norm abweichende Befunde:

☐ Form ☐ Lungengrenzen ☐ Klopfschall ☐ Atemgeräusch ☐ Nebengeräusche ☐ Mammae

10. Herz-Kreislauf

1. Messung: liegend Pulsfrequenz ___ Min. RR ___ / ___ mm Hg

2 Messung: sitzend / stehend Pulsfrequenz ___ Min. RR ___ / ___ mm Hg

Von der Norm abweichende Befunde:

☐ Herzgrenzen ☐ Herzrhythmus ☐ Herztöne ☐ Herzgeräusche ☐ Arterienpulsation ☐ Venensystem

11. Bauchorgane

Von der Norm abweichende Befunde:

☐ Narben ☐ Druckschmerz ☐ pathol. Resistenzen ☐ Leber ☐ Milz ☐ Bruch ☐ Nierenlager

12. Bewegungsapparat

Von der Norm abweichende Befunde:

☐ Schmerz ☐ Bewegungseinschränkung ☐ Deformierung ☐ Schwellung ☐ Muskulatur

Lokalisation:

13. Nervensystem u. Psyche

Von der Norm abweichende Befunde:

☐ Reflexe ☐ NAP ☐ Koordination ☐ Sensibilität ☐ vegetative Zeichen

☐ Psyche:

14. **Individuelle Besonderheiten:**

15. Wurde bei bisher unbekannten Erkrankungen der behandelnde Arzt verständigt? ja ☐ nein ☐

Krebsvorsorge? ja ☐ Zuletzt am: ___ nein ☐

Ort / Datum

Unterschrift des Gutachters mit Stempelabdruck

8. 7150 (Bl. 2)
44 Aufl. - 8/80 - 300 000 A

Versicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Zusatzblatt zum ärztlichen Gutachten

Medizinisch-technische Zusatzbefunde als Anlage zum ärztlichen Gutachten

Labor / Kreislauf- und Lungenphysiologie / Röntgen

(0815/80 - 500)
8. 7150 (Bl. 3)
43. Aufl. - 5/80 - 300 000 A

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ärztlicher Entlassungsbericht für alle Entlassungen ab 01. 01. 82

Eingabebeleg 1

SZAT 1 | Versicherungsnummer 2 | BKZ 14 | Nr. d. Behandlungsstätte 18

Geb.-Datum des Patienten

Fam.-stand 23 | Stellung im Beruf 24 | Arbeit vor Antr. 25 | Anz. HB durch RV 26 | schwerbehind. 27

Personenkreis allg. 30 | speziell 31 | Art der HB 32 | Hauptanregung 33

Patient (Name, Vorname)

Staatsangehörigkeit 28

Straße, Hausnummer

Aufnahmedatum 34

Entlassungsdatum 40

Verlängerung um ____ Tage

46 Postleitzahl | Wohnort

Gewicht b. Aufnahme 50 (ganze kg)

Gewicht b. Entlassung 53 (ganze kg)

Größe 56 (ganze cm)

Behandlungsstätte und Behandlungsort

Ärztlich verordnete Schonungszeit ____ Tage bis ____ (Datum) 59

ARBEITSFÄHIGKEIT
0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben
1 = sofort arbeitsfähig
2 = ärztl. verordnete Schonungszeit
3 = arbeitsunfähig
4 = Kinder-HB, normal bildungsfähig
5 = Kinder-HB, eingeschr. bildungsfähig

Diagnosen

	Diagnosen-Schlüssel	Zusatz	Sicherheit	Beh.-Ergebn.
1.	60	65	66	67
2.	68	73	74	75
3.	76	81	82	83
4.	84	89	90	91
5.	92	97	98	99

ZUSATZ
0 = kein Zusatz
1 = z. Z. erscheinungsfrei
2 = akuter Schub/Rezidiv
3 = chronisch progredient
4 = Zustand nach (Z. n.)
5 = Z. n. Op
6 = Z. n. Amputation v. Extremität(en)
7 = Endoprothese/ Herzschrittmacher/Bypass
8 = Dialyse

SICHERHEIT
0 = gesicherte Diagnose
1 = Verdachtsdiagnose

Klinikspezifische Merkmale 110 | 115 | 120 | 121 | 126 | 131

BEHANDLUNGSERGEBNIS
0 = keine Diagnose
1 = gebessert
2 = unverändert
3 = verschlechtert
9 = gestorben

132 URSACHE DER ERKRANKUNG (1. Diagnose)
0 = keine der unter 1-5 genannten Ursachen
1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Verkehrsunfall (privat)
4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = angeboren

133 KRANKENHAUS-VORBEHANDLUNG innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme
0 = nein
1 = ja

134 ARBEITSUNFÄHIGKEITSZEIT innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme
0 = keine
1 = bis unter 3 Monate
2 = 3 bis unter 6 Monate
3 = 6 und mehr Monate
9 = nicht erwerbstätig

135 ENTLASSUNGSFORM
1 = regulär
2 = vorzeitig auf ärztl. Veranlassung
3 = vorzeitig mit ärztl. Einverständnis
4 = vorzeitig gegen ärztl. Rat
5 = disziplinarisch
6 = verlegt
9 = gestorben

Zutreffendes bitte ankreuzen (X)

Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen

Diagn. Klärung 136	Stat. Behandl. 137	Operation 138	Psychotherapie 139	Ambul. Behind. Sport 140	Heil- und Hilfsmittel 141	Berufsförderung 142	WHB von Amts wegen 143	bei erneuter HB wegen gleicher Beschwerden: Psychosom. Behandlung 144	Spezielle Schmerzbehandlung 145

Sonstige Vorschläge oder Erläuterungen:

Letzte Medikation:

BfA-Basisprogramm z. Gesundheitstraining 146	Nichtraucher-training 147	Diät-unterricht 148	Auflage: Gewichtsreduktion 149	Auflage: Alkoholkarenz 150	Auflage: Nikotinkarenz 151	Pat. kam seiner Mitwirkungspflicht während der HB nicht nach 152	153
							0 4

Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis Blatt 2. ____

Ort/Datum

Ltd. Arzt

Stat.-Arzt

B 7250 (BI 1)
7M Aufl. - 10/82 - 260 000 A
(Ausfertigung für die BfA)

Anlage 7

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ärztlicher Entlassungsbericht für alle Entlassungen ab 01. 01. 82

Vorschlag

Blatt 1

Versicherungsnummer 2
Geb.-Datum des Patienten

BKZ 14: 8

Nr. d. Behandlungsstätte 16

Fam.-stand 23 | Stellung im Beruf 24 | Arbeit vor Antr. 25 | Anz. HB durch RV 26 | schwerbehind 27

Staatsangehörigkeit 28 (o/ 1/)

Personenkreis allg. 30 | speziell 31 | Art der HB 32 | Hauptanregung 33

Aufnahmedatum 34

Entlassungsdatum 40

Verlängerung um ____ Tage

Gewicht b. Aufnahme 50 (ganze kg) o/

Gewicht b. Entlassung 53 (ganze kg) o/

Größe 56 (ganze cm)

Ärztlich verordnete Schonungszeit ____ Tage bis _____ (Datum)

59 ARBEITSFÄHIGKEIT
0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben
1 = sofort arbeitsfähig
2 = ärztl. verordnete Schonungszeit
3 = arbeitsunfähig
4 = Kinder HB normal bildungsfähig
5 = Kinder HB eingeschr. bildungsfähig

Diagnosen

	Diagnosen-Schlüssel	Zusatz	Sicherheit	Beh.-Ergebn.
1.	60	65	66	67
2.	68	73	74	75
3.	76	81	82	83
4.	84	89	90	91
5.	92	97	98	99

ZUSATZ
0 = kein Zusatz
1 = z. Z. erscheinungsfrei
2 = akuter Schub. Rezidiv
3 = chronisch progredient
4 = Zustand nach (Z. n.)
5 = Z. n. Op.
6 = Z. n. Amputation v. Extremität(en)
7 = Endoprothese/ Herzschrittmacher/Bypass
8 = Dialyse

SICHERHEIT
0 = gesicherte Diagnose
1 = Verdachtsdiagnose

Klinikspezifische Merkmale 110 115 120 / 121 126 131

BEHANDLUNGSERGEBNIS
0 = keine Diagnose
1 = gebessert
2 = unverändert
3 = verschlechtert
9 = gestorben

132 URSACHE DER ERKRANKUNG
(1 Diagnose)
0 = keine der unter 1-5 genannten Ursachen
1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufserkrankung
3 = Verkehrsunfall (privat)
4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = angeboren

133 KRANKENHAUS-VORBEHANDLUNG innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme
0 = nein
1 = ja

134 ARBEITSUNFÄHIGKEITSZEIT innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme
0 = keine
1 = bis unter 3 Monate
2 = 3 bis unter 6 Monate
3 = 6 und mehr Monate
9 = nicht erwerbstätig

135 ENTLASSUNGSFORM
1 = regulär
2 = vorzeitig auf ärztl. Veranlassung
3 = vorzeitig mit ärztl. Einverständnis
4 = vorzeitig gegen ärztl. Rat
5 = disziplinarisch
8 = verlegt
9 = gestorben

Zutreffendes bitte ankreuzen (X)

Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen

Diagn. Klärung 136	Stat. Behandl. 137	Operation 138	Psychotherapie 139	Ambul. Behind. Sport 140	Heil- und Hilfsmittel 141	Berufsförderung 142	WHB von Amts wegen 143	bei erneuter HB wegen gleicher Beschwerden: Psychosom. Behandlung 144	Spezielle Schmerzbehandlung 145

Sonstige Vorschläge oder Erläuterungen

Letzte Medikation

BfA-Basisprogramm z. Gesundheitstraining 146	Nichtraucher-training 147	Diät-unterricht 148	Auflage: Gewichtsreduktion 149	Auflage: Alkoholkarenz 150	Auflage Nikotinkarenz 151	Pat. kam seiner Mitwirkungspflicht während der HB **nicht** nach 152

8.7250 (Vorschlag)
21. Aufl. - 4/82 - 200 000 A

Blatt 1a

Patient (Name, Vorname) | 155 Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen (X)

Sozialmedizinische Beurteilung

bitte Schlüsselnummer der Berufsgruppe eintragen 161

In welchem zeitlichen Umfang kann der Patient täglich arbeiten?

In der letzten beruflichen Tätigkeit als _____

164 ☐ vollschichtig | 165 ☐ halb- bis unter vollschichtig | 166 ☐ 2 Stunden bis unter halbschichtig | 167 ☐ weniger als 2 Stunden bzw. keine

Wann ist die Steigerung/Minderung der angegebenen Leistungsfähigkeit eingetreten?
Zeitpunkt | Begründung

Welche Tätigkeiten können noch verrichtet werden?

Individuelles positives und negatives Leistungsbild aufzeichnen

168 ☐ vollschichtig | 169 ☐ halb- bis unter vollschichtig | 170 ☐ 2 Stunden bis unter halbschichtig | 171 ☐ weniger als 2 Stunden bzw. keine

Wann ist die Steigerung/Minderung der angegebenen Leistungsfähigkeit eingetreten?
Zeitpunkt | Begründung

Besteht eine begründete Aussicht, daß in absehbarer Zeit die festgestellte eingeschränkte Leistungsfähigkeit ganz oder teilweise behoben sein kann?

172 Wann ist dies zu erwarten?

☐ ja

Entspannungstraining 173 ☐ (AT/Jakobson)

Psychotherapeutische Leistungen

Form: Einzeltherapie 174 ☐ | Gruppentherapie 175 ☐

Methode: gesprächspsychoth. 176 ☐ | verhaltenstherapeut. 177 ☐ | psychodynamisch (analyt., tiefenpsych. etc.) 178 ☐ | sonstige systematische Methoden 179 ☐

Leistungsdaten

Bitte die Anzahl der durchgeführten Leistungen eintragen

Krankengymnastik Einzel- 180 | Gruppen- 182

Trainingsbehandlung 184

Bewegungsbäder 186

Kneipp-Anwendungen 188

Massagen Unter-Wasser- 190 | Lymphdrainage 192

sonst. manuelle Massagen 194

Wannenbäder mit Kohlensäure 196 | Zusätzen 198

Mineral-/Sole, Meerw. Zusätzen 200 | Gasförm. Zusätzen 202 | Gasbäder 204

Sonstige Behandlungen Packungen 206 | Elektrophys. Behandl. 208 | Inhalationen 210 | Ultraschall 212

Diät (ggf. bitte ankreuzen) 214 ☐

Bitte die durchgeführten Leistungen näher erläutern

Kontrolluntersuchungen am: _____ Schlußuntersuchung am: _____

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Patient (Name, Vorname) | 155 Geburtsdatum

Eingabebeleg 1a
zum ärztlichen Entlassungsbericht

Sozialmedizinische Beurteilung

Zutreffendes bitte ankreuzen (X)

Letzte berufliche Tätigkeit | Berufsgruppen-Schlüssel 161

Bitte genaue Tätigkeitsangabe

In welchem zeitlichen Umfang kann der Patient in der letzten beruflichen Tätigkeit arbeiten?

164 vollschichtig | 165 halb- bis unter vollschichtig | 166 2 Stunden bis unter halbschichtig | 167 weniger als 2 Stunden bzw. keine

Positives und negatives Leistungsbild

Bitte das positive und negative Leistungsbild beschreiben, wenn in der letzten beruflichen Tätigkeit
- keine vollschichtige Leistungsfähigkeit oder
- trotz vollschichtiger Leistungsfähigkeit eine Behinderung (z. B. Amputation, Blindheit) vorliegt

In welchem zeitlichen Umfang kann der Patient entsprechend seinem positiven und negativen Leistungsbild täglich arbeiten?

168 vollschichtig | 169 halb- bis unter vollschichtig | 170 2 Stunden bis unter halbschichtig | 171 weniger als 2 Stunden bzw. keine

Wann ist die Minderung/Steigerung der angegebenen Leistungsfähigkeit eingetreten? _____ (Zeitpunkt)
Begründung:

172

Bei Einschränkung der Leistungsfähigkeit: Besteht begründete Aussicht, daß diese in absehbarer Zeit behoben ist? ja

Wann ist die Besserung wahrscheinlich zu erwarten? _____ (Zeitpunkt)

Entspannungstraining 173 (AT/Jakobson)

Psychotherapeutische Leistungen Form: Einzeltherapie 174 | Gruppentherapie 175

Methode: gesprächspsychoth. 176 | verhaltenstherapeut. 177 | psychodynamisch (analyt., tiefenpsych. etc.) 178 | sonstige systematische Methoden 179

Leistungsdaten

Bitte die Anzahl der durchgeführten Leistungen eintragen

Krankengymnastik Einzelgymnastik 180 | Gruppengymnastik 182

Trainingsbehandlung 184

Bewegungsbäder 186

Kneipp-Anwendungen 188

Massagen Unterwasser 190

Lymphdrainage 192

sonst manuelle Massagen 194

Wannenbäder mit Peloiden 196 | Zusätzen 198

Mineral-/Sole, Meerw. 200

Gasförm. Zusätzen 202

Gasbäder 204

Sonstige Behandlungen Packungen 206 | Elektrophys. Behandl. 208 | Inhalationen 210 | Ultraschall 212

Diät (ggf. bitte ankreuzen) 214

Bitte die durchgeführten Leistungen näher erläutern:

Kontrolluntersuchungen am:

Schlußuntersuchung am:

Nur für BfA-interne Zwecke: 215 | 217 | 218 | 219 **0 4**

Gefertigt:	Erfaßt:	Geprüft:

B 7250* (BI 1a)
4. Aufl. · 12/82 · 200 000 A
(Ausfertigung für die BfA)

(1855/82 · 250)

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Patient (Name, Vorname) | Geburtsdatum

Blatt 2.
zum ärztlichen
Entlassungsbericht

Wir bitten um Angaben zu

Anamnese, jetzigen Beschwerden, Aufnahmebefund, Diagnostik, therapeutischen Maßnahmen und Verlauf, Abschlußbefund, **Epikrise** mit sozialmedizinischer Beurteilung

8.7250* (Bl. 2)
78. Aufl. - 7/83 - 250 000 - A
(Ausfertigung für die BfA)

(0962/83 - 250)

Verschlüsselungslisten der Codekarte 1 und der Codekarte 2

Codekarte 1

Laufende NR	Sp. 1 - 4		
VSNR	Sp. 6 - 17		
BKZ	Sp. 19 - 22		
Bundesländer	Sp. 24 / 25		
		Baden-Württemberg	1
		Bayern	2
		Berlin	3
		Bremen	4
		Hamburg	5
		Hessen	6
		Niedersachsen	7
		Nordrhein-Westfalen	8
		Rheinland-Pfalz	9
		Saarland	10
		Schleswig-Holstein	11
		Ausland	12
regionale Ber.	Sp. 27 / 28		
		Norden	1
		Osten	2
		Süden	3
		Westen	4
		Ausland	9
Ortsgrößen	Sp. 30		
		0 - 5.000 E	1
		5 - 20.000 E	2
		20 - 100.000 E	3
		mehr als 100.000 E	4

Berufsgruppen	Sp. 32	
	nicht erwerbstätig	0
	in Ausbildung	1
	Angest.außerh.öff.D.	2
	Angest. im öff. Dienst	3
	leitender Angestellter	4
	Selbständige	5
	Hausfrauen	6
	Arbeitslose	7
Anzahl der G.M.	Sp. 34	
	bisher keins	0
	1 G.M.	1
	mehr als 1 G.M.	2
	keine Angaben	3
Kurerfolg	Sp. 36	
	gut	2
	kein Erfolg	1
	keine Angaben	0
Begl.Krnkh.	Sp. 38	
	Bronchitis	1
	Diabetes	2
	rheum. Formenkreis	3
	Stoffwechselerkr.	4
	Sonst. Erkr. (Tbc, Ca)	5
	keine Angaben	6

Blutdruck	Sp. 40		
		normal	1
		hypoton	2
		hyperton	3
Herz/Kreislauferkr.	Sp. 42		
		Zust. n. Infarkt	1
		Angina pectoris	2
		Zust. n. Herzop.	3
		Herzinsuffizienz	4
		ohne Befund	5
Gesamteindruck	Sp. 44		
		altersentsprechend	1
		jünger aussehend	2
		vorgealtert	3
Ernährungszustand	Sp. 46		
		normal	1
		übergewichtig	2
		abgemagert	3
Bewegungsapparat	Sp. 48		
		HWS	1
		LWS	2
		ohne Befund	0
Psychopharmaka	Sp. 50		
		ja	1
		nein	2
		keine Angaben	0

Nikotin	Sp. 52		
		ja	1
		nein	2
		keine Angaben	0
Alkohol	Sp. 54		
		ja	1
		nein	2
		keine Angaben	0
Psych.Störung.	Sp. 56 / 57		
		keine Angaben	0
		Schwindel	1
		Kopfschmerzen	2
		Unruhegefühl	3
		Schweißausbruch	4
		Herzklopfen	5
		Erschöpfungszust.	6
		Konzentrationsschw.	7
		Müdigkeitsgefühl	8
		Schlafstörungen	9
		sonst. Störungen	10
		ohne Befund	11

Kartennummer 1 Sp. 59

Codekarte 2

Laufende NR	Sp. 1 - 4	
VSNR	Sp. 6 - 17	
BKZ	Sp. 19 - 22	
Kartennr. 2	Sp. 24	
Familienstand	Sp. 26	
	ledig	0
	verheiratet	1
	gesch./getr. L.	2
	verwitwet	3
Anzahl der zu betr.Personen	Sp. 28	
	keine	0
	1 Kind	1
	2 Kinder	2
	3 Kinder	3
	mehr als 3 Kinder	4
Hauptanregung zu G.M.	Sp. 30	
	Vers.	0
	Reha-Maßn. d. RV	1
	beh. Arzt	2
	im Rentenverf.	3
	Arbeitsamt	4
	Krankenkasse	5
	+ VÄD	6
	Unfallvers.	7
	sonst. Stellen	8

+ VÄD - Vertrauensärztlicher Dienst

Arbeitsunfähigkeitsdauer Sp. 32

nicht AU	0
bis unter 1 Mon. AU	1
1 - 2 Monate AU	2
2 - unter 6 Mon. AU	3
6 u. mehr Mon. AU	4
nicht erwerbsfähig	9

Behandlungsart I Sp. 34

entfällt	0
Balneotherapie	1
Physik./Krankengymn.	2
1 + 2	3
Trainingsbehandlung	4
1 + 4	5
2 + 4	6
1 + 2 + 4	7

Behandlungsart II Sp. 36

entfällt	0
Diät	1
Medikamente	2
1 + 2	3
Psychotherapie	4
1 + 4	5
2 + 4	6
1 + 2 + 4	7

Tätigkeit im bish. Beruf Sp. 38

vollschichtig	1
vollschichtig mindestens 6 Std.	2
ca. 6 Std. tgl.	3
halbschichtig	4
unter halbschichtig	5
bis zu 2 Std.	6
weniger als 2 Std.	7
keine Aussage möglich	9

Arbeit vor Antragstellung Sp. 40

nicht erwerbstätig	0
ganztags	1
ganztags micht Wechsel.	2
ganztags mit Nacht.	3
Teilzeitarbeit	4
Teilzeit 20 Std. u. mehr	5
ausschl. Hausfrau	6
Arbeitslos	7

Sonstige Erwerbstätigkeit Sp. 42

vollschichtig	1
halbschichtig	2
unter halbschichtig	3
weniger als 2 Std.	4
keine Aussage	9

1	2-3	4-5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

Lfd Nr

VSNR

BKZ

Land

Region

Ortsgröße

Beruf

Anzahl der HV

Kurerfolg

Begleitende Krankheiten

Blutdruck

Herz-Kreislauferkrankung

Gesamteindruck

Ernährungszustand

Bewegungsapparat

Psychopharmaka

Nikotin

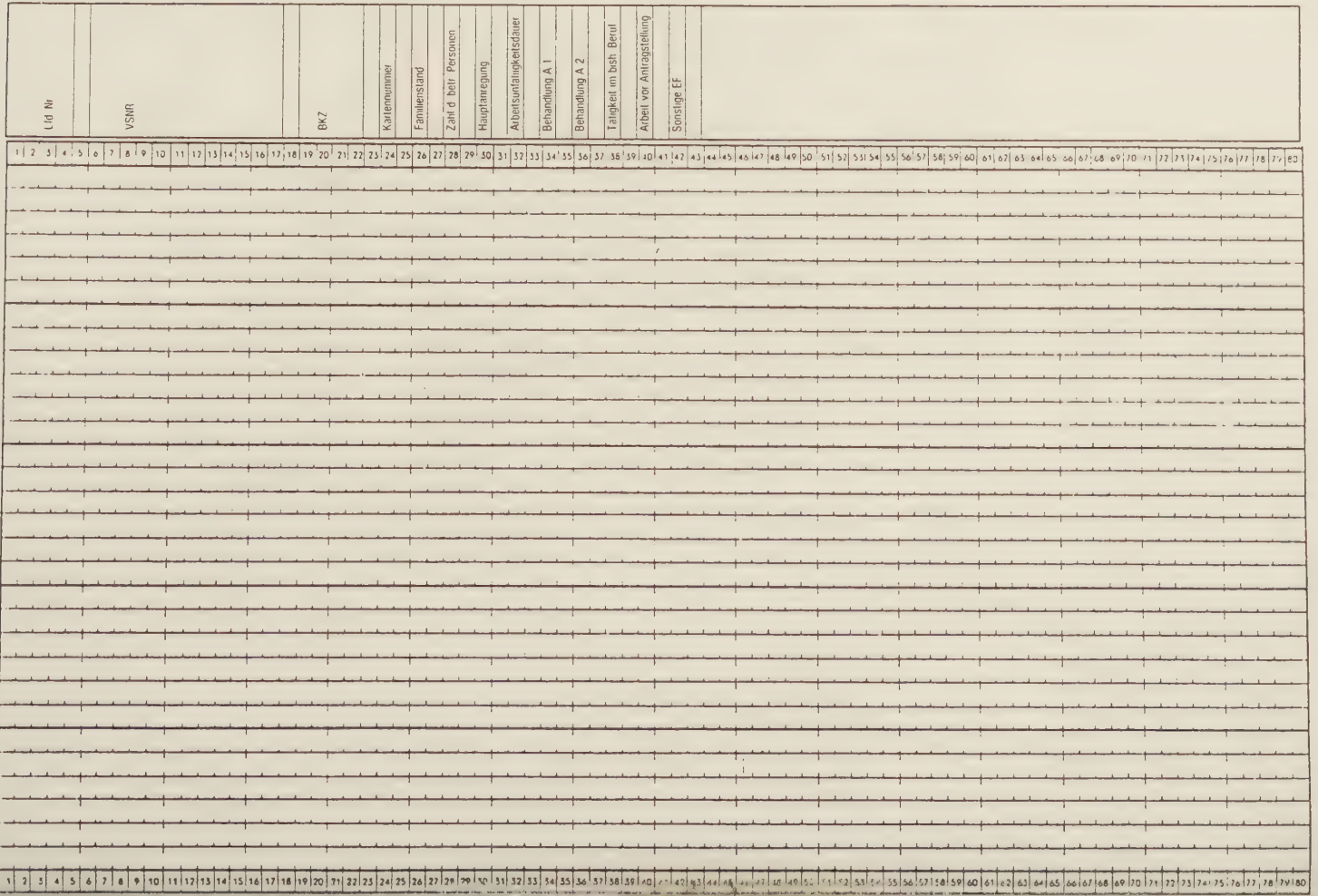
Alkohol

Psych.Stor.

Bestell-Nr. 7-2600 351 777 560 (0001 8)

Anlage 9

Kodekarte 2


Lfd Nr
VSNR
BKZ
Kartennummer
Familienstand
Zahl d. betr. Personen
Hauptanregung
Arbeitsunfähigkeitsdauer
Behandlung A 1
Behandlung A 2
Tätigkeit im bish. Beruf
Arbeit vor Antragstellung
Sonstige EF

Postleitzahlen der BRD nach regionalen Bereichen

Anlage 10

10. Lebenslauf

Als älteste Tochter des Kaufmannes Ernst Messner und seiner Ehefrau Margarete geb. Kobialka wurde ich am 04. August 1933 in Luckenwalde geboren.
Nach vollendetem 6. Lebensjahr besuchte ich zunächst die 4-klassige Grundschule, um dann auf die Oberschule überzuwechseln, an der ich 1952 meine Reifeprüfung ablegte. Anschließend war ich zur Aneignung praktischer Kenntnisse für das Studium der Medizin ein Jahr im Städt. Krankenhaus Luckenwalde tätig.
Von 1953 - 1954 besuchte ich die Herder-Westend Schule in Berlin-West zur Absolvierung der 13. Oberschulklasse, um hier das Abitur ablegen zu können, das für das Studium an der Freien Universität Berlin Voraussetzung war. Im Sommersemester 1954 begann ich das Studium der Medizin, welches ich 1961 mit dem Staatsexamen abschloß.
Als Medizinalassistentin arbeitete ich im Städt. Behring-Krankenhaus, im Rittberg-Krankenhaus und im Hubertus-Krankenhaus. Im Krankenhaus Waldfrieden war ich bis zum September 1968 beschäftigt und begann am 01. November 1968 meine Tätigkeit als Vollassistentin auf der Inneren Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses. Dieses Arbeitsverhältnis beendete ich zum 31. Januar 1975, um am 01. Mai 1975 zur BfA zu gehen, wo ich auch heute noch tätig bin.